

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO - CE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - PPGE
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

ZILMA MARIA RAMOS JARRY RICHARDSON

**POBREZA, DEFICIÊNCIA VISUAL E POLÍTICAS
SÓCIO-EDUCATIVAS**

João Pessoa - Pb

2009

ZILMA MARIA RAMOS JARRY RICHARDSON

**POBREZA, DEFICIÊNCIA VISUAL E POLÍTICAS
SÓCIO-EDUCATIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Educação, do Centro de educação da
Universidade Federal da Paraíba –
PPGE/CE/UFPb, como parte dos Requisitos para
obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Dr. Wilson Honorato Aragão

João Pessoa - Pb

2009

*R526p Richardson, Zilma Maria Ramos Jarry.
Pobreza, deficiência visual e políticas sócio-
educativas / Zilma Maria Ramos Jarry Richardson.-
João Pessoa, 2009.
167f. : il.
Orientador: Wilson Honorato Aragão
Tese (Doutorado) – UFPB/CE
1. Classes Sociais. 2. Deficiência. 3.
Deficiência visual. 4. Pobreza. 5. Exclusão Social.
6. Políticas Públicas.*

ZILMA MARIA RAMOS JARRY RICHARDSON

**POBREZA, DEFICIÊNCIA VISUAL E POLÍTICAS
SÓCIO-EDUCATIVAS**

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Wilson Honorato Aragão (PPGE/UFPb)
Orientador/a

Prof^a. Dr^a. Wanilda Maria Alves Cavalcanti (UNICAP/ PE)
Examinador/a

Prof^a. Dr^a. Marlúcia Menezes de Paiva (PPGED/UFRN)
Examinador/a

Prof^a. Dr^a. Janine Marta Coelho Rodrigues (PPGE/ UFPb)
Examinador/a

Prof^a. Dr^a. Maria da Salete Barboza de Farias (PPGE/ UFPb)
Examinador/a

**JOÃO PESSOA – PB
2009**

DEDICO a Judy Patriota Ramos,
minha inesquecível mãe (in memoriam)
que durante sua vida acreditou
em seus filhos e ofereceu-lhes
a mais bela história de luta,
coragem e humildade

Roberto Jarry Richardson, meu
querido esposo, pelo incentivo,
apoio e partilha em todos
os momentos para a
realização deste
trabalho.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, nosso Pai, fonte criadora e inesgotável de todas as coisas do Universo, que nos concedeu a luz da sabedoria.

Ao meu querido Pai, **Manoel Ramos Galvão** (In memoriam), pelos seus sábios ensinamentos durante toda sua vida, com lições de amor, justiça e solidariedade.

Ao Professor Dr. **Wilson Honorato Aragão**, pela competente e segura orientação ao longo de construção do nosso trabalho, possibilitando e encorajando sempre a nossa independência intelectual. Obrigada, Wilson, por acreditar em nossa capacidade e por compartilhar conosco as trilhas do saber científico.

À Banca Examinadora constituída pelos professores **Prof^a. Dr^a. Marlúcia Menezes de Paiva, Dr^a. Wanilda Maria Alves Cavalcanti, Prof^a. Maria da Salete Barboza de Farias e Prof. Dr^a. Janine Marta C. Rodrigues** pelo desprendimento em analisar cuidadosamente o trabalho e sugerir preciosas contribuições

À **FUNAD / CODAVI**, especialmente a Coordenadora **Valéria Carvalho Cavalcante**, a **COPREDI** (a toda equipe, a qual tenho grande carinho) e ao **INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA**, especialmente a **Rosane Rangel Moreno**, Assistente Social, que abriram suas portas para que eu pudesse fazer a pesquisa.

Agradeço imensamente aos colegas da **Turma 26** do Doutorado, pelas oportunidades de interlocução e discussões e pela partilha das inseguranças nesta iniciação de pesquisador. Pelos momentos ricos e inesquecíveis de leituras do mundo, de compreensão e amizades construídas.

Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Educação do CE/UFPB**, pelos seus ensinamentos, críticas e indicações bibliográficas pertinentes a este estudo.

Aos **funcionários do PPGE**, pela compreensão e carinho em todo o decorrer do Curso.

À Prof^a. Dra. **Janine Marta Coelho Rodrigues** que, em todos os momentos de minha caminhada acadêmica, esteve ao meu lado incentivando-me e ajudando-me com seus ricos ensinamentos.

A Prof^a Dra. **Maria da Salete Barboza de Farias**, amiga em todos os momentos, na alegria e na tristeza, incentivando-me e dando força, com seu carinho e competência na realização desse trabalho, Obrigada amiga!

A **Alessandra** minha querida sobrinha, que acompanhou toda a trajetória deste trabalho, incentivando-me e compartilhando com seus conhecimentos de digitação, sua dedicação e companheirismo, para que tudo ficasse da melhor forma possível.

A **Carolina Jarry**, que, desde criancinha, me acompanha, ouvindo e me fazendo ouvir e ver a beleza da vida, do conhecimento e do saber utilizar esta máquina chamada computador.

Ao **SINTESP/Pb** que, na pessoa de **Luciana Rangel**, não media esforço, incentivando-me e cooperando no que fosse possível.

A todos meus **irmãos(as)** que acompanham de perto esta caminhada, dando-me força, carinho e incentivo para a conclusão deste trabalho.

Aos meus **amigos e amigas**, principalmente, Hiran, Rivalda, Wilson, Zelia Santiago, Ana Paula, Leonidas, Sandra Santiago, Almir, Rosilene Xavier, Rose, Carmem Nóbrega da UFCG, Emília Prestes, Magna, Francineide, Ronaldinho, Milva, Evelyn, Amparo, Gloria Escarião, Amparo e Maria Helena Maciel que em momentos específicos, incentivaram-me nas suas mais variadas formas, para a realização deste trabalho.

A todos os meus **sobrinhos (as)** que tanto amo e que estavam mais perto, externando carinho e apoiando-me em todos os momentos desta caminhada.

Minhas **colegas(os)** do LAES/CE especialmente Bárbara, Alciélia e Maria José, Edseuda, Joselita e José Antonio, dos Recursos Humanos e Secretaria.

À Profª. Ms. **Maria Jandira Ramos**, minha sobrinha, que, com muito carinho e competência, compartilhou da revisão do vernáculo deste trabalho.

**É difícil viver numa sociedade que:
Anula as minhas possibilidades;
Aumenta minha dependência;
Destrói minhas esperanças
E nega meus direitos**

(Desabafo de um deficiente)

RESUMO

Pretende-se aqui analisar a relação circular estabelecida entre a condição de “deficiência” e a condição de “pobreza” que atinge bom número de brasileiros. Para melhor compreensão do problema, percorreu-se primeiro um caminho histórico, tentando demonstrar que esses indivíduos sofreram desde sempre discriminações e exclusões sociais as mais diversas. Refletiu-se a respeito do conceito de “deficiência” segundo os critérios adotados pelo IBGE no ano 2000. O objeto desse estudo concentrou-se nos deficientes visuais. Reteve-se, como espaço de pesquisa no estado da Paraíba, duas instituições: o Instituto dos Cegos e a Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD, encarregados dos programas e das políticas de apoio aos deficientes visuais. Estudos desenvolvidos pela ONU, OMS, IBGE e CORDE, entre outros, bem como por pesquisadores acadêmicos, demonstram que essas pessoas e suas famílias tantas vezes submetidas a condições socioeconômicas abaixo da linha de pobreza, vêem reforçadas sua “incapacidade” e sua “deficiência”. Assim, pode-se supor que redefinir as políticas públicas de apoio ao deficiente visual supõe também erradicar a pobreza, o que permitiria melhor enfrentar as oportunidades e as possibilidades de inclusão dos deficientes visuais no Brasil.

Palavras Chave: Deficiência. Pobreza. Exclusão. Políticas Públicas

RÉSUMÉ

On entend ici analyser le rapport circulaire établi entre la condition de “déficience” et la condition de pauvreté dont est atteint bon nombre de brésiliens. Pour mieux comprendre le problème, on a d’abord parcouru un chemin historique, en essayant de démontrer que depuis toujours ces individus ont subi des discriminations et d’exclusions sociales les plus diverses. On a réfléchi sur le concept de “déficience” en suivant les critères adoptés par l’Institut Brésilien de Géographie et Statistique (IBGE) dans l’an 2000. L’objet de cette étude s’est concentré sur les malvoyants. Comme champ de recherche, on a retenu, dans l’état de Paraíba, deux institutions: l’Institut des Aveugles et la Fondation et Centre Intégré d’Appui au Porteur de Déficiences (FUNAD), chargés des programmes et des politiques de soutien aux malvoyants. Les études développées par l’ONU, l’OMS, l’IBGE et CORDE, entre autres, ainsi que par des chercheurs universitaires, démontrent que ces personnes et leurs familles, tant de fois soumis à des conditions socio-économiques au-dessous de la ligne de pauvreté, se voient renforcés dans leur “incapacité” et dans leur “déficience”. Ainsi, on peut supposer que redéfinir les politiques publiques d’appui au malvoyant suppose aussi l’erradication de la pauvreté, ce qui permettrait de mieux affronter les chances et les possibilités d’inclusion des déficients visuels au Brésil.

Mots-clés: déficience, pauvreté, exclusion, politiques publiques.

RESUMEN

Este trabajo pretende analizar la relación circular establecida entre la condición de “discapacidad” y la condição de “pobreza” que afecta um gran número de brasileños. Com el objetivo de tener uma mejor comprensión del problema, en primer lugar, se delineó un camino histórico, procurando mostrar que esas personas siempre sufrieron discriminaciones e exclusiones sociales de las mas diversas. Se reflexionó sobre el concepto de “discapacidad” según los criterios adoptados por el IBGE en el año 2000. El objetivo de este estudio se concentró em los deficientes visuales. Como campo de investigación se contemplaron dos instituciones del estado de Paraíba: el Instituto de los Ciegos y la Fundación Centro de Apoyo al Portador de Discapacidad - FUNAD, encargados de los programas y de las políticas de apoyo a los deficientes visuales. Diversos estudios realizados por la ONU, OMS, IBGE e CORDE, entre otros, como también, por investigadores acadêmicos, muestran que esas personas y sus famílias, tantas veces sometidas a condiciones econômicas bajo la linea de pobreza, consideran reforzadas su “incapacidad” e su “deficiência”. Así, se puede suponer que redefinir las políticas públicas de apoyo a los deficientes visuales, también implica en erradicar la pobreza, lo que permitiría enfrentar em mejores condiciones las oportunidades e posibilidades de inclusión de los deficientes visuales en Brasil.

Palavras-chave: Discapacidad. Pobreza. Exclusión. Políticas Públicas

LISTA DE SIGLAS

APACE – Associação Paraibana de Cegos
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIPD- Ano Internacional das Pessoas com Deficiência
CDDPDs – Conselhos de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CEPAL – Centro de Estudos Parapsicológicos da América Latina
CBO- Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CF – Constituição Federal
CNE – Conselho Nacional de Educação
CIDDM-2 - Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação
CORDE – Coordenadoria Nacional da Pessoa com deficiência
DVA – Deficiência de Vitamina A
DMRI – Doença Macular Relacionada com a Idade
EUA - Estados Unidos da América
FEBEC – Federação Brasileira de Entidades de Cegos
FENEIS – Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos
FGV – Fundação Getulio Vargas
FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional
HIV – Vírus Imunodeficiência Humana
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensão
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBC – Instituto Benjamin Constant
ICF – International Classification of Functioning
INSS – Instituto Nacional de Previdência Social
LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MDGs – Meta de Desenvolvimento do Milênio
OEA – Organização de Estados Americanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPS – Organização Pan-Americana de Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONEDEF – Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos
ONG- Organização não Governamental
PNDA – Pesquisa Nacional para Amostra de Domicílios
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PREA – Programa Educacional Alternativo
SECAD- Secretaria de Administração
SAC – Sociedade de Assistência aos Cegos
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagens de pessoas com deficiência, por Regiões – 2000

Gráfico 2 - Percentagem de pessoas com deficiência, segundo a situação de domicílio – Brasil 2000

Gráfico 3 - Percentagem das deficiências por tipo – Brasil 2000

Gráfico 4 – Relação entre Pobreza x Deficiência

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentagem de pessoas com deficiência, no total da população segundo região – 2000

Tabela 2 - Pessoas com deficiência, segundo a situação do domicílio - Brasil 2000

Tabela 3 - Distribuição das deficiências, segundo grandes regiões e áreas urbanas e rurais - Brasil – 2000

Tabela 4 - Distribuição da população com deficiência por Regiões e Unidades da Federação - Brasil - 2000 - (em %)

Tabela 5 - Domicílios e pessoas, segundo condição de saneamento básico-Brasil – 2000

Tabela 6 - Pessoas entre 18 e 69 anos de idade, com ou sem deficiência por condição de ocupação - Brasil - 2000

Tabela 7 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade, segundo o sexo e as classes de rendimentos - Brasil – 2000

Tabela 8 - Tipos de rendimentos, excetuando-se os do trabalho, das pessoas com e sem deficiência -Brasil – 2000

Tabela 9 - Proporção de cada tipo de deficiência -Brasil – 2000

Tabela 10 - Percentagem de cada tipo de deficiência, por regiões-Brasil – 2000

Tabela 11 – Percentagem da população residente, por tipo de deficiência e características sócio-demográficas - Brasil – 2000

Tabela 12 - Ranking dos Estados com Pessoas Portadoras de Deficiência

Tabela 13 - Mapa da Diversidade e Social – São Paulo e Paraíba – 2000

Tabela 14 - População residente, por deficiência visual e características sócio-demográficas - Paraíba – 2000

Tabela 15 - Características Sócio-demográficas das Pessoas com Deficiência (em percentagens)

Tabela 16 - Características Sócio-demográficas dos Pais das Pessoas com Deficiência (em percentagens)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 HISTÓRIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	21
2.1 NO MUNDO.....	21
2.2 NO BRASIL.....	34
3 CONCEITUANDO DEFICIÊNCIA	41
3.1 A DEFICIÊNCIA NO BRASIL NO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2000.....	43
3.2 DEFICIÊNCIA E DIFERENÇA.....	47
4 POBREZA E DEFICIÊNCIA.....	56
5 CONCEITUANDO DEFICIENTE VISUAL.....	73
5.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	73
5.2 HISTÓRIA DA DEFICIÊNCIA VISUAL.....	79
5.2.1 NO MUNDO.....	79
5.2.2 NO BRASIL.....	86
6 AS POLÍTICAS EDUCATIVAS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	95
7 CARACTERÍSTICAS DAS DEFICIÊNCIAS NO BRASIL	113
7.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	113
7.2 CARACTERÍSTICAS POR REGIÃO.....	114
7.3 POR CONDIÇÃO DE SANEAMENTO DO DOMICÍLIO.....	118
7.4 POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO E RENDIMENTO.....	119
7.5 POR TIPO DE DEFICIÊNCIA.....	123
8 SITUAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA PARAÍBA.....	129
8.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	129
8.2 RETRATO DA DEFICIÊNCIA NA PARAIBA.....	130
8.3 DEFICIENCIA VISUAL NA PARAIBA	133

8.4 CARACTERÍSTICAS DA FUNAD E DO INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA.....	137
8.4.1 FUNAD-FUNDAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE APOIO À PESSOA COM DEFICIENCIA.....	137
8.4.2 FUNAD/ CODAVI.....	141
8.5 INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA.....	143
8.6 CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NA FUNAD E NO INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA.....	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS.....	156
APÉNDICE	

1 INTRODUÇÃO

Há homens que lutam por um dia e são bons;
Há outros que lutam por um ano e são melhores;
Há aqueles, que lutam muitos anos e são muito bons;
Porém, há os que lutam toda a vida.
Estes são os imprescindíveis.
(Bertolt Brecht)

Ao longo da história da humanidade, foram diversas as atitudes assumidas pela sociedade e por certos grupos sociais para com as pessoas com deficiência. Elas sofrem discriminação, desde os tempos remotos e em toda sua trajetória delineada pela exclusão e na luta em torno da garantia de seus direitos, na sociedade.

Portanto, as pessoas com deficiência, mesmo ainda longe da cidadania plena, conquistaram significativo espaço internacional e nacional, principalmente depois da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência realizada em 2006 pela Assembléia da Organização das Nações Unidas – ONU.

Segundo a ONU há cerca de 500 milhões de deficientes no mundo, dos quais 80% vivem em países em desenvolvimento e deles mais de 180 milhões têm deficiência visual. A Organização Mundial de Saúde – OMS estima que, no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência, representando 10% de sua população. Já os dados do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos informam que existem 24,5 milhões de pessoas com deficiência no país e que existem, hoje, 16,5 milhões de deficientes visuais fazendo parte do grupo mais numeroso das pessoas com algum tipo de deficiência. É nosso interesse focalizar a análise nesse grupo majoritário.

A tese central do trabalho pode ser formulada da seguinte maneira: Considerando que pobreza gera deficiência e deficiência gera pobreza, nenhuma política educativa voltada para essas pessoas será eficiente, se não mudar a estrutura sócio-econômica brasileira. As possibilidades de “inclusão” dessas pessoas são incompatíveis com as políticas de ajuste neoliberal, que priorizam programas focalizados e residuais de combate à exclusão, e deixam em um segundo plano políticas públicas com concepção de direito universal. Portanto, caso não se faça alteração dessa estrutura, pouco ou nada se pode

esperar das atuais políticas de combate à exclusão das pessoas com deficiência. Essas políticas de caráter pontual, focalizado e temporário, que apelam para as ações de cunho assistencialista e compensatório, não poderão dar conta das diversas manifestações de exclusão, pobreza e deficiência de milhões de brasileiros oriundos, particularmente, dos setores de baixa renda. Essa é nossa perspectiva na tese que desenvolvemos. Para tanto, analisamos a história das pessoas com deficiência, o conceito de deficiência e sua relação com a pobreza, o conceito de deficiência visual, as políticas educativas e as características da deficiência no Brasil.

O desenvolvimento do trabalho teve como fundamento o materialismo histórico dialético. De acordo com Minayo (2000, p.62),

o materialismo histórico dialético representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação.

Assim, considerou-se que as políticas dirigidas às pessoas com deficiência buscam a inclusão de um grupo historicamente excluído da distribuição da riqueza, do trabalho e do acesso aos bens e serviços sociais. Pela sua natureza, criadas em uma estrutura desigual e excludente, essas políticas são, por princípio, paliativas, não transformadoras da estrutura que cria e sustenta a desigualdade de classes.

No entanto, é importante, também, compreender a possibilidade contra-hegemônica que existe nos fenômenos, ao estudá-los na perspectiva da dialética, uma vez que a realidade que aí está não é apenas um ato mecânico de reprodução da ideologia e dos interesses dos setores dominantes (PLATT, 2004, p.77).

O reconhecimento desses limites não invalida a luta pelo reconhecimento e afirmação dos direitos nos marcos do capitalismo, mas sinaliza que a sua conquista integra uma agenda estratégica da luta democrática e popular, visando à construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Essa conquista no âmbito do capitalismo não pode ser vista como um fim, como um projeto em si, mas como via de ingresso, de entrada, ou de transição para um padrão de civilidade que começa pelo reconhecimento e garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele (BEHRING – BOSCHETTI, 2007, p.195).

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, que permitiu um conhecimento exaustivo do que já foi publicado sobre o assunto. A análise documental da legislação, das normas e escritos diversos, na perspectiva dialética, permitiu reconhecimento de uma relação circular entre exclusão, pobreza e deficiência. Na tentativa de aprofundar essa relação, foi contextualizada a pesquisa em dois programas paraibanos de apoio a pessoas com deficiência: O Instituto dos Cegos e a FUNAD (Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência).

Assim, para melhor apreender o nosso objeto de estudo, formulou-se os seguintes objetivos:

- Analisar as origens e evolução do conceito de deficiência e pobreza.
- Caracterizar a pobreza, a deficiência e, em particular, a deficiência visual no Brasil e na Paraíba.
- Analisar as políticas educativas de apoio às pessoas com deficiência, no Brasil.
- Analisar a situação sócio-econômica das pessoas com deficiência que freqüentam o Instituto dos Cegos e a FUNAD, na Paraíba.

Desse modo, o trabalho está organizado em sete capítulos:

- 1 – **Introdução**, na qual se apresentam a justificativa, a tese, os fundamentos, aspectos metodológicos e a organização do estudo.
- 2 - **História da pessoa com deficiência**, onde se faz referência à história da pessoa com deficiência no mundo e no Brasil, a partir da Antiguidade, recheada de preconceitos, medos, piedade, superstição, abandono e exclusão, até os dias atuais, que, apesar de mostrar muitos avanços, ainda se tem muito a conquistar.
- 3 - **Conceituando deficiência**. Nesse capítulo, analisaram-se vários conceitos de deficiência e os seus princípios baseados, particularmente, na Organização Mundial de Saúde, na “Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência” da Organização de Estados Americanos. Ênfase especial foi dada ao conceito elaborado pelo IBGE para ser aplicado no Censo Demográfico do ano 2000. Percebe-se que, ao longo da sua história, o conceito de deficiência teve diversas mudanças a partir de sua nomenclatura. Hoje, esse conceito significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou

transitória, que limita a capacidade de se exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social. Cabe destacar que, no Censo de 2000, o IBGE, seguindo orientações de instituições e especialistas internacionais e nacionais, incorporou ao conceito deficiência utilizado anteriormente, a questão da incapacidade. Isso mudou significativamente a quantidade de pessoas com deficiência registradas no Brasil.

4 Pobreza e deficiência, onde se procura mostrar que a pobreza e a deficiência caminham de mãos juntas, e uma causa a outra, conforme a Secretaria de Administração de Adultos – SECAD (2006, p.54)

Segundo a ONU, a deficiência é tanto causa como efeito da pobreza: 82% das pessoas com deficiência do mundo, principalmente crianças e jovens, vivem abaixo da linha da pobreza. Dados do Banco Mundial apontam que pelo menos 79 milhões de indivíduos com deficiência estão na América Latina e no Caribe, dos quais 24 milhões no Brasil, de acordo com o Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Delinearam-se várias formas de pobreza, pois ela não pode ser definida de forma única e universal, mas pode-se afirmar que se refere à situação de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente a uma vida digna. Portanto, nesse trabalho, pobreza está entendida como insuficiência de renda, na qual será trabalhada a categoria deficiente, que, na maioria, se relaciona com pessoas que vivem em famílias com renda per capita abaixo da linha de pobreza.

5 Conceituando deficiente visual. Considerando-se que o foco deste trabalho foi o deficiente visual, procurou-se trabalhar seu conceito que evoluiu conforme as crenças, valores culturais, concepções de homem e transformações sociais que ocorreram em diferentes momentos históricos, assim como, sua história no mundo e no Brasil, que não é diferente das outras histórias, pontuadas de estigmas, preconceitos, exclusão e de toda forma de discriminação.

6 As políticas educativas da pessoa com deficiência. Neste capítulo contextualizaram-se as políticas sócio-educativas para a pessoa com deficiência que tiveram muita influência dos movimentos de lutas em torno da

garantia de seus direitos. O caminho tem sido longo e árduo, mas, aos poucos, vai surgindo uma nova mentalidade no tocante aos direitos e igualdade de oportunidade para a pessoa com deficiência.

7 Características das deficiências no Brasil. Com base em dados estatísticos de diversos órgãos oficiais, esse capítulo apresenta uma caracterização das deficiências no Brasil: por região, condição de saneamento do domicílio, condição de ocupação e rendimento, tipo de deficiência, particularmente, a visual, e a situação dessa deficiência na Paraíba.

8. Características da FUNAD e do INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAÍBA. aqui se faz referência à organização da FUNAD - FUNDAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE APOIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA e do INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA, analisando-se as características das pessoas com deficiência atendidas por essas instituições.

9. Considerações finais. Nesse último capítulo apresenta-se uma síntese dos resultados, que permitem a análise das possibilidades das políticas sociais e educativas no enfrentamento dos problemas da relação pobreza e deficiência.

Ainda que se esteja, a cada momento, torcendo para uma educação inclusiva plena, é necessário que os planos sejam redefinidos para que ela seja voltada para a cidadania global, livre de preconceitos e que reconheça e valorize as diferenças, levando os governantes a abordarem sérios desafios para uma efetiva política, de forma eficiente, que possa tentar erradicar a pobreza no país.

2 HISTÓRIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

2.1 NO MUNDO

É importante conhecer a história dos “Deficientes”, não apenas para acumularmos conhecimentos, mas, também, para refletirmos e questionarmos, sobre ela, pois, mesmo existindo normas, leis e algumas políticas voltadas para a pessoa com deficiência, ela continua excluída. É sabível, que, durante a maior parte da História da Humanidade, o deficiente foi vítima de segregação, pois dava-se a ênfase a sua incapacidade, a sua anormalidade. Sua história começa na Europa, por volta do ano de 1500, quando se iniciaram os primeiros movimentos para se ensinar à pessoa deficiente. Antes disso, os deficientes ficavam nos asilos para que pudessem ser protegidos, pois não se acreditava que pudessem desenvolver-se em função da sua "anormalidade".

A história revela que a humanidade foi marcada pela diversidade humana e o tratamento dado aos indivíduos com deficiência era diretamente relacionado com a estrutura social, política e cultural do povo. Esses tratamentos são relatados, historicamente, desde a consideração da diferença como algo perigoso ou divino, como no passado, até o discurso da inclusão, como se vê na sociedade atual. A sociedade relaciona-se com o desconhecido e com o não controlável, características de muitas pessoas diferentes, por meio de sentimentos, como o medo, a piedade, a exclusão e a proteção (BIANCHETTI, 2001; ARANHA, 2001).

É sabido que a história da humanidade tem como primeiras referências de indivíduos deficientes, pessoas aleijadas, cegas e surdas. Encontram-se referências a essas pessoas no Alcorão e na Bíblia.

As pessoas com deficiência sofrem com a discriminação, desde tempos remotos. Pela importância dos fatos históricos que envolvem o tema e por sua evolução em períodos distintos, faz-se necessário um apanhado geral da Antigüidade até os dias atuais. Para tanto, expõem-se, a seguir, algumas interações sociais marcantes dos deficientes em sua respectiva sociedade.

2.1.1 Na Idade Antiga (3500 a.C – 746 d.C.), entre os povos primitivos, o tratamento aos deficientes assumiu dois aspectos: alguns os matavam porque os consideravam um grande empecilho para a sobrevivência de um grupo, enquanto outros cuidavam deles e os sustentavam para que conseguissem obter a simpatia dos deuses ou como gratidão pelos esforços dos que se mutilaram na guerra.

Nessa época, como afirma Carvalho (2003), as mulheres deveriam ser fortes para gerar guerreiros fortes e aqueles que nascessem com anomalias eram eliminados. Aranha (2001) afirma, também, que, em Esparta, as crianças “deformadas e indesejadas eram abandonadas em esgotos localizados no lado externo do Templo da Piedade” (p. 160).

Ao se analisar a organização social desse período, verifica-se que a sociedade se dividia em poucos senhores que detinham a forma de produção, e nos demais, que eram serviçais, considerados subhumanos, portanto, excluídos de qualquer participação social. Nessa sociedade marcada pela exclusão, o extermínio de qualquer pessoa que não atendesse às características convencionadas pela sociedade não representava qualquer tipo de problema.

Há relatos e referências de como se tratavam as pessoas com deficiência, às vezes de maneira humana e outras vezes, cruel, em sociedades antigas, como a egípcia, espartana, romana, chinesa e grega, e em alguns escritos religiosos como a Bíblia, o Alcorão, o Talmud e o Dharma. Estudos arqueológicos mostram a descoberta de um corpo de uma criança de aproximadamente quatro anos de idade, mumificada, que apresentava traços evidentes de síndrome de Down em uma tribo de esquimós, na costa oeste da Groenlândia, datada de 1475 (KATIMS, 2000). Um crânio de uma pessoa com microencefalia foi encontrado, no século XI, na Irlanda, e restos mortais de uma pessoa com hidroencefalia, datados do período de 350-550 a.C., foram encontrados próximos às cataratas do Nilo (JORDAN, 1996). Isso vem demonstrar que, desde tempos remotos, as pessoas com deficiência eram abandonadas ou mesmo eliminadas.

No período histórico primitivo, nas comunidades organizadas em tribos nômades, em sua maioria, o homem, assim como os animais, eram responsáveis por sua própria sobrevivência, ou seja, eles precisavam

providenciar seu próprio sustento e autodefender-se, o que se tornava dificultoso ou até impossível para a pessoa que possuía alguma deficiência e que, conseqüentemente, era limitada em suas habilidades, naquele contexto. Partindo desse pressuposto, nessa época, essas pessoas eram deixadas pelo caminho e os predadores se encarregavam de sua eliminação.

O tratamento dispensado pelas tribos primitivas às pessoas com deficiência tinha referências naturais e visava à sobrevivência do grupo como um todo. De acordo com Silva (1987), "a eliminação dos 'incapazes' para prover sua sobrevivência não tinha conotação preconceituosa" (p. 42).

Para os povos egípcios, que tinham como característica principal a valorização do padrão de beleza, ou seja, os homens deveriam ser fortes, para se tornarem bons soldados e/ou executores de grandes obras, as pessoas com deficiência ou imperfeitas eram desvalorizadas e eliminadas por fugirem do padrão de beleza pré-estabelecido socialmente. Não se pode assim, deixar de ressaltar que este modelo de beleza é valorizado até nos dias de hoje, em nossa sociedade.

Já os povos gregos consideravam as crianças com deficiências físicas ou mentais subhumanas, o que legitimava a sua eliminação. O ideal espartano de força guerreira valorizava o corpo perfeito e forte dos homens livres para as batalhas. Por sua vez, a população ateniense valorizava a filosofia e, nas palavras de Bianchetti (2001) "é com eles que a supremacia do trabalho intelectual em relação ao manual e a divisão do homo sapiens e do homo faber vão ser postas e ideologicamente justificadas" (p. 29).

Na sociedade romana, em razão da perspectiva cívica, a lei permitia ao pai espancar, flagelar, vender e matar os filhos anormais ou rebeldes. Com o passar dos tempos, para a morte do recém-nascido ou para sua "exposição", o pai deveria mostrar a criança a pelo menos cinco vizinhos, para que fosse de certa forma, certificada a anomalia ou a mutilação.

O antigo povo judaico (1.000 a.C.), que tinha como princípio o mandamento "não matarás", não eliminava as pessoas com deficiência. Porém, as considerava como seres humanos possuídos pelos demônios, merecedores de piedade e dos milagres de seus profetas. Isso pode ser constatado pela existência de vários personagens bíblicos coxos, cegos, leprosos. O que não se tem claro é se as pessoas com deficiência eram cuidadas pela família ou

deixadas junto aos aglomerados humanos para despertar a piedade da população.

2.1.2 Na Antigüidade Clássica, (790 a.C. – 476 d.C.), a preocupação dos homens era descrever o movimento interno de cada coisa. A sociedade movia-se na busca daquilo que considerava perfeição: a arte, a ciência, a técnica da retórica. Portanto, a dedução, o silogismo, o raciocínio perfeito, a argumentação sem erros e a forma de expressão sobre qualquer assunto eram fundamentais. Embora esse momento histórico não traga na literatura, muitas referências sobre as pessoas com deficiência, sabe-se que, em Esparta, crianças com deficiências físicas ou mentais eram consideradas subhumanas, o que legitimava sua eliminação ou abandono. Portanto, pode-se dizer que não existia nenhum processo de interação com tais indivíduos.

De acordo com Bechtold e Weiss (2003) na Antiguidade americana, os povos avessos aos deficientes eram os Sirionos (antigos habitantes das selvas da Bolívia) que, por suas características de povos seminômades, não podiam dar-se ao luxo de transportar doentes e deficientes, abandonando-os à própria sorte. Os Balis (nativos da Indonésia), eram impedidos de manter contatos amorosos com pessoas muito diferentes do normal. Os astecas, no México, também segregavam, em campos semelhantes a jardins zoológicos, os deficientes, por ordem de Montesuma, para que fossem ridicularizados.

Outra forma de segregação era a dos hebreus (2.000 a.C.) que viam na deficiência física ou sensorial uma espécie de punição de Deus e impediam que essas pessoas prestassem qualquer tipo de serviço religioso.

A Lei das XII Tábuas, na Roma antiga (450 a.C.), autorizava os patriarcas a matarem seus filhos defeituosos, o mesmo ocorrendo em Esparta, onde os recém-nascidos frágeis ou deficientes eram lançados do alto do Taigeto (abismo de mais de 2.400 metros de altitude, próximo de Esparta). Ao contrário, existiam povos que sempre cuidaram de seus deficientes ou de outros que evoluíram e socialmente mudaram de conduta. Os povos hindus, diferente dos povos hebreus, sempre tratavam os cegos, pela falta de visão, com uma maior sensibilidade interior. Sendo assim, esse povo incentivava tais pessoas a ingressarem nas atividades religiosas.

Segundo Fonseca (2000), os atenienses, por influência de Aristóteles, protegiam os doentes e deficientes, sustentando-os por meio de um sistema semelhante à Previdência Social, onde todos contribuíam para manter os heróis das guerras e suas famílias. O povo romano, do tempo do império, talvez por influência ateniense, também agia dessa forma. Esses povos discutiam para analisar qual a conduta apropriada: a assistencial ou a readaptação desses deficientes ao trabalho que lhes fosse apropriado.

2.1.3 Na Idade Média (476 d.C até 1453), com a expansão do Cristianismo, a igreja começou a condenar o infanticídio (BIANCHETTI, 2001). Apesar de continuar atribuindo à deficiência causas sobrenaturais, os deficientes passaram a ser vistos como portadores de alma e merecedores de caridade e cuidados. Para que o cuidado se efetivasse, criaram-se os orfanatos, os manicômios, as prisões, mas, “ali ficavam junto de delinqüentes, velhos, pobres [...] indiscriminadamente” (JIMENÉZ, 1994, p. 22).

Na sociedade medieval, como a sociedade judaica, adotou-se a postura de não se eliminar as pessoas com deficiências, por valor moral e espiritual, considerando-se também, que essas pessoas seriam vítimas da possessão demoníaca ou castigadas pelos pecados dos pais. Seguindo as idéias de Ross (1998), eram marginalizadas pelo processo produtivo e pela autoridade das forças sobrenaturais que regiam as sociedades da época. Além disso, como na sociedade judaica, os medievais costumavam expor as pessoas com deficiência em locais públicos, para despertar a piedade dos outros e angariar esmolas.

Assim, as pessoas com deficiência que pertenciam aos segmentos sociais mais pobres eram expostas ao público para despertar a piedade e arrecadar esmolas, enquanto as pessoas com deficiência pertencentes às famílias das classes sociais abastadas eram escondidas nas masmorras, porões e outros ambientes sombrios, segregados até a morte natural. Porém, algumas pessoas com deficiência receberam alguma educação com preceptores, tanto que se destacaram como matemáticos, engenheiros, músicos, não alcançando esse status de forma sobrenatural, mas sim, pela convivência social permitida e pelas oportunidades de sua classe social, conforme cita Silveira Bueno:

Assim, se na Espanha a quase totalidade das crianças surdas educadas por preceptores pertencia à nobreza, já na Inglaterra e na Holanda, esse atendimento se estendia a negociantes abastados que já possuíam um certo poder, mesmo que somente econômico, embora o poder político permanecesse nas mãos da nobreza (1993, p.59).

Continuando com o autor, apesar daqueles milhares de cegos infortunados, pertencentes ao povo pobre, que viviam à própria sorte ou internados em asilos, alguns poucos, nesse mesmo período, conseguiram destacar-se, não porque tivessem recebido atendimento especializado, mas porque a limitação imposta por sua deficiência não os impedia do contato social, nem da aprendizagem de conhecimentos, com exceção da escrita, porque poderiam utilizar exclusivamente a linguagem oral. É claro que pertenciam às elites, não podendo ser considerados dependentes ou dessassistidos (1993, p.61).

Castel (1998), em seu livro "As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário", faz uma excelente reflexão sobre a questão da assistência, que nos auxilia a compreender o modo como eram estruturadas as práticas voltadas para as pessoas com deficiência a partir do final da Idade Média.

A assistência abrange, segundo o autor, um conjunto diversificado de práticas que, no entanto, possuem uma estrutura comum determinada pela existência de certos grupos carentes e pela necessidade de atendê-los. Trata-se de se entender de que modo surge essa "necessidade" de atendimento no âmbito da deficiência, uma vez que a assistência não poderia ser oferecida a todas as pessoas, indiscriminadamente. Foi necessária a definição de alguns critérios para o recebimento da assistência: o primeiro seria o do "pertencimento comunitário" que vincula a assistência à condição de ser membro de um grupo, rejeitando-se assim, os "estrangeiros".

Quer se trate de esmolas, de abrigo em instituição, de distribuições pontuais ou regulares de auxílio, de tolerância em relação à mendicância etc., o indigente tem mais oportunidades de ser assistido à medida que é conhecido e reconhecido, isto é, entra nas redes de vizinhança que expressam um pertencimento que se mantém em relação à comunidade (CASTEL, 1998, p.85).

Ainda, segundo Castel (1998), é a partir do fim do século XIII que a prática da caridade se torna uma espécie de "serviço social local" para o qual

colaboram todas as instâncias responsáveis pelo "bom governo" da cidade. Dentre tais instâncias encontra-se a Igreja - não propriamente em função da religião, como seria de se esperar, mas pelo fato de que as autoridades religiosas (o bispo, o cônego, por exemplo) teriam as mesmas responsabilidades das autoridades leigas (senhores notáveis e burgueses).

A prática assistencialista está diretamente relacionada com o surgimento das instituições de confinamento. Nesse modelo de intervenção o atendimento aos carentes constitui objeto de práticas especializadas. Assim surgem diferentes equipamentos sociais tais como: hospitais, asilos, orfanatos, hospícios que oferecerão atendimento especializado a certas categorias da população que outrora eram assumidas, sem mediação, pelas comunidades. Vão surgindo estruturas cada vez mais complexas e sofisticadas de atendimento assistencial, esboço de uma profissionalização futura desse tipo de prática.

Para Castel (op.cit), a condição social dos pobres que recebem assistência suscita atitudes que vão desde a compaixão até o desprezo. Eram desprezados pela própria condição de pobreza na qual se encontravam e pelas condições físicas de deficiência e doença, mas também recebiam comiseração já que eram "alvo" da boa ação de outras pessoas. Essa contradição se encontra em modos específicos da "gestão da pobreza", na 'economia da salvação': mesmo desprezado, o pobre pode, aceitando sua condição de pobreza, auxiliar os ricos para que pratiquem a caridade, a "suprema virtude cristã" e obtenham, assim, a salvação. Dessa forma, os pobres também obteriam a sua própria salvação.

A pobreza torna-se, portanto, um valor de troca na 'economia da salvação', assim como a doença e o sofrimento, provas indiscutíveis da pobreza, não só econômica, mas física. Doença e deficiência tornam-se também um valor de troca nessa economia de salvação e na possibilidade de se obter auxílio da comunidade.

O Período Renascentista (1300-1650), teóricos como Montaigne, Cervantes e outros introduzem a idéia humanista e a idéia de igualdade perante as leis. O Absolutismo do século XVII, Hobbes, Bossuet caracterizavam pela grande marginalização de todas as pessoas com algum tipo de deficiência. Frequentemente, os termos utilizados para referir-se a tais

peessoas eram “idiotas”, “delinqüentes”, “rebeldes”, além de serem excluídas ao confinamento em asilos. Há poucos dados estatísticos sobre crianças que faleceram ao ingressar em asilos. Possivelmente, essa população foi também, dizimada pelas epidemias.

A partir do Renascimento, a pessoa com deficiência foi conquistando a dignidade de pessoa, na afirmação de Carvalho (2003, p.44):

[...] o sentimento de piedade em relação a estas pessoas não deixou de existir e, conseqüentemente, as pessoas com deficiência pertencentes às camadas mais pobres da sociedade, continuaram sobrevivendo de esmolas.

Nessa época, com o surgimento da visão científica, a deficiência passou a ser entendida de forma mais racional. A sociedade, embasada em dados científicos, começou a se dar conta dos fatores genéticos das deficiências. Ou seja, a sociedade passou a entender que a explicação da deficiência estava no corpo e não mais nos demônios. Por outro lado, com Pessotti (1984, p.68) comenta que a pessoa com deficiência passou a representar um perigo social. A esse respeito o autor se expressa:

[...] o confinamento e a segregação não bastavam. As deficiências mais severas deveriam ser esterilizadas para que não passassem adiante sua herança genética. Era a única forma de manter as nações compostas somente de homens fortes, bonitos e saudáveis.

Com o surgimento do método científico, iniciam-se estudos em torno das tipologias e, com elas, a mentalidade classificatória da concepção das deficiências decorrente do modelo médico e as noções de patologia, doença e medicação.

A fatalidade hereditária ou congênita assume o lugar da condenação divina, para efeito de prognóstico. A ineducabilidade ou irrecuperabilidade do idiota é o novo estigma que vem substituir o sentido expiatório e propiciatório que a deficiência receberá durante as negras décadas que antecederam a Medicina, também supersticiosa. O médico é o novo árbitro do destino do deficiente. Ele julga, ele salva, ele condena (PESSOTTI, 1984, p. 68).

Ainda, na Idade Média, passa-se da valorização do discurso e da argumentação para a valorização do conhecimento religioso. Nesse período

foram fundadas as primeiras Universidades, onde só podiam ser ensinados assuntos da Igreja por teólogos e sacerdotes.

No século XVI, com a difusão do Cristianismo na Europa, a base das relações é a teológica. A dicotomia Deus-Diabo, céu-inferno movem as idéias e os valores desse período histórico. Os deficientes começam a escapar do abandono e da exposição, passando a ser acolhidos em conventos ou igrejas sob a ambivalência castigo x caridade. Merecem o asilo cujas paredes convenientemente isolam e escondem o incômodo ou inútil. As estruturas sociais eram definidas por leis divinas, sob o domínio da igreja católica, em que qualquer idéia ou pessoa que pudesse atentar contra essa estrutura teria de ser exterminada. A Inquisição Religiosa bem cumpriu esse papel, quando sacrificou, como hereges ou endemoniados, milhares de pessoas, entre as quais loucos, adivinhos, alucinados e deficientes mentais.

Com a Reforma Luterana, acontecida na Alemanha em 1517, o tratamento dado aos imbecis, idiotas e loucos não se diferencia muito do da Inquisição Católica, permanecendo com uma rigidez ética carregada de culpa, porém com responsabilidade pessoal. A explicação reside na visão pessimista do deficiente entendido como uma "besta demoníaca", quando lhe vem a faltar a razão ou a ajuda divina.

Com o passar dos anos e das décadas, as pessoas com deficiências foram ganhando um pouco mais de espaço na sociedade, sem que houvesse conotações místicas, religiosas e ideológicas para a obtenção da simpatia dos deuses. Embora muitos tenham sido sacrificados por essas razões, a partir do Renascimento, as pessoas com deficiências começaram a ganhar espaço na sociedade, pois as concepções se modificaram diante desse movimento. Depois disso, começaram a ser inventados os meios de locomoção para essas pessoas. Sendo assim, a sociedade em geral começou a se preocupar um pouco mais com essas pessoas.

2.1.4 Na Idade Moderna (1453 até 1789), Locke, Descartes, Bacon e outros, mostram que, nessa época, o homem passa a ser entendido como animal racional, ao trabalhar planejando e executando atividades para melhorar a humanidade e atingir a igualdade através da produção em maior quantidade. Assim percebe-se que começa a existir uma valorização do ser humano,

contrapondo se ao sentimento teocrático imposto, até então, pela igreja católica.

Nesse período foi criado, por Francis Bacon, o método experimental, onde se valorizavam a observação, a testagem, as hipóteses. Encaminharam-se esforços para se descobrir as leis da natureza, relegando-se a plano secundário as discussões sobre as leis divinas. A deficiência passou a ser vista sob o enfoque da Patologia, parte da medicina, das origens e dos sintomas das doenças, e não mais como maldição hereditária.

No início da Idade Moderna, pode-se dizer que ocorreram avanços na maneira como a sociedade encarou e lidou com a questão dos seres humanos com deficiências.

Portanto, logo após a Revolução Francesa (1789), vários inventos foram criados a fim de propiciar meios de trabalho e locomoção para as pessoas com deficiência, como cadeiras de rodas, bengalas, bastões, muletas, próteses, macas, coletes, camas móveis, entre outros.

Uma das mais importantes criações da época foi feita por Louis Braille em 1829, proporcionando uma perfeita integração dos deficientes visuais no mundo da linguagem através do Código Braille, sobre o qual será falado nos próximos capítulos.

Ainda nessa época, lentamente, inicia-se um processo de busca de explicação científica para os fenômenos naturais. Isso pode ser constatado através da observação da visão do médico Paracelso (1493-1541). Mesmo ainda com algumas superstições, para ele, as pessoas com deficiências mentais já não são perversas criaturas tomadas pelo diabo, castigadas por Deus, mas, sim, são doentes ou vítimas de forças sobre-humanas, cósmicas ou não, dignas de tratamento e cuidado. Dessa forma, a deficiência, gradativamente, vai deixando de ser um tema de abrangência sobrenatural e se tornando um tema da ciência.

2.1.5 Na Idade Contemporânea (1789 até os dias atuais), o problema crucial é o próprio homem na sociedade. Não é o método de pensar dedutivo, nem a associação entre fé e razão; não é trabalho, nem a técnica, mas, sim, o homem na sociedade, o conteúdo central do questionamento desse período. Com base nessa compreensão, as atitudes para com as pessoas com

deficiência se modificam nessa nova sociedade, na medida em que lhes vão sendo oferecidas oportunidades educacionais e de integração social até os dias atuais, em que sua integração se efetiva ou está em vias de se concretizar. Embora a fase clínico/assistencialista não possa ainda ser considerada passado, o presente vê crescer e se fortalecer ideais da ética contemporânea: integração e direitos.

De acordo com Amaral (1994, p.15), o homem passa a ser pensado através das relações que mantém com outros homens, na sociedade, beneficiando-se de toda uma reavaliação dos direitos humanos e, na esteira que inclui a mulher, a criança, o índio, o negro, o idoso, a pessoa com deficiência, pode começar a ser olhado e a olhar para si mesmo, de forma menos maniqueísta: nem herói nem vítima, nem deus nem demônio, nem melhor nem pior, nem super-homem nem animal, apenas, pessoa.

Todavia, o capitalismo em ascensão coloca mais diferenciações entre as pessoas, considerando-se a questão da propriedade. De acordo com Caiado (2003, p.12), John Locke, referência do pensamento liberal clássico, afirmava que o direito à vida e à liberdade, assim como aos bens necessários à sua conservação, é direito natural e, portanto, de todos os homens, e que os bens são adquiridos por meio do trabalho.

Locke considerava que a essência humana é ser livre de dependência das vontades alheias e que a liberdade existe como exercício de posse. Dessa concepção, a consequência lógica é que a participação política na Idade Moderna fique restrita aos homens de posse, apenas aos que detêm propriedades que foram adquiridas a partir do esforço individual, por meio do trabalho. Esses poderão votar e ser eleitos através da participação política. Assim, assalariados e mulheres estavam excluídos do poder político, pois só tinha cidadania quem fosse livre e independente.

Pessoas com deficiência, portanto, apesar do discurso da igualdade dos direitos, concretamente ficam fora dessa sociedade, como na sociedade primitiva "sem culpa", uma vez que a problemática que nelas reside não lhes foi imputada pela sociedade, como afirma Caiado:

Ser livre e independente significa ser proprietário, e para ser proprietário era necessário trabalhar incansavelmente e poupar para adquirir bens, pois se todos são iguais, todos têm a missão de trabalhar e todos têm o direito à propriedade privada. Portanto, os pobres são culpados por sua condição inferior (2003, p. 12).

Assim, ao longo da história, as pessoas com deficiência foram vistas e tratadas de diferentes formas - abandonadas, mortas, excluídas, toleradas, segregadas. Nos últimos anos, com base em algumas experiências bem sucedidas da luta pela inserção social dessas pessoas, por familiares e simpatizantes, principalmente daquelas provenientes de classe social mais alta, verificou-se uma sinalização de integração na sociedade.

É bom lembrar, como diz Lúcia Alves da Silva (2005), que esta ação culminou, nas décadas de 1970 e 1980, no movimento pela integração social de pessoas com deficiência, momento em que esse movimento tinha como princípio o pensamento de que esse grupo deveria adaptar-se ao meio onde vivia para que pudesse ser integrado à sociedade.

Ainda, para a autora, a mobilização das pessoas com deficiência, no sentido de uma luta reivindicatória, é fato bastante recente na história do nosso país. Os grupos com essas características começaram a surgir em fins de 1979 e início de 1980, período que coincidiu com o início da 'abertura' política que permitia o debate de vários temas e a organização de diversos setores da comunidade. Antes desse período, a questão dos deficientes era ligada à religião ou à medicina e seus porta-vozes eram os religiosos e os profissionais de reabilitação.

Já a partir da década de 1990, essas pessoas começaram a refletir sobre esse processo de integração, inferindo que o mesmo não estava conseguindo alcançar os objetivos para os quais surgiu, ou seja, não havia, para as pessoas com deficiência, as mínimas condições para que pudessem integrar-se socialmente, ou seja, seus direitos não estavam sendo respeitados. Apesar do discurso dos direitos, as condições concretas de produção da vida para as camadas populares não se alteraram e, por outro lado, o ideário neoliberal avançava com ênfase no mercado e no indivíduo desvinculado de suas organizações (SILVA, 2005).

A partir dessa constatação, os movimentos das pessoas com deficiência continuaram a luta, porém, com um propósito mais abrangente. Esse foi o início do movimento pela inclusão social das pessoas com deficiência. Esse movimento, em alta nos dias atuais, tem como princípio a premissa de que as pessoas devem ser respeitadas independentemente de suas características individuais, ou seja, todas as pessoas têm direito a se inserirem socialmente. Tal inserção significa que as pessoas devem ter os direitos a moradia, ao trabalho, ao lazer e à educação, dentre outros mais, os quais são previstos em lei.

Sabe-se que na sociedade capitalista, esse processo não ocorre na prática, uma vez que não só as pessoas que possuem alguma deficiência são excluídas, como também todas aquelas que não possuem renda e dependem da ajuda do Estado. Dessa forma, essas pessoas para terem seus direitos garantidos, precisam recorrer a lutas numa arena repleta de condições adversas impostas pelo Estado de cunho neoliberal:

O neoliberalismo, ao dismantelar o sistema produtivo e a economia com ênfase no mercado interno, destruiu as formas de organização, luta e participação política dos trabalhadores e, ao privatizar direitos sociais, sob a forma de serviços prestados por terceiros ou pela iniciativa privada, despolitizou a sociedade civil e deslocou para a mendicância e a delinquência milhões de pessoas que, outrora, seriam ativistas de movimentos sindicais, sociais, e populares, lutando e conquistando direitos econômicos, sociais, educativos, políticos e culturais (CHAUI, 2000 apud CAIADO, 2003. P 16).

Assim, por inspiração no Ano Internacional das Pessoas Deficientes, em 1981, o conceito em relação à pessoa com deficiência foi alterado: não é a pessoa com deficiência que tem que adaptar-se à sociedade, mas a sociedade tem que adaptar-se às pessoas "diferentes". A deficiência não é então um atributo do indivíduo, mas está relacionada com a forma como a sociedade o vê. O enfoque médico, da patologização, isto é, do modelo impregnado de noções com forte caráter de patologia, doença, medicação, tratamento é que passa a ser social. Isto é, o enfoque clínico/ médico deixa de ser voltado para o conceito de doença e passa a ter um sentido mais social, de caráter cultural. Entretanto, somente quando a deficiência passa a ser pensada no contexto

social em que a pessoa com deficiência vive e se relaciona é possível realmente dimensionar os desafios envolvidos na questão.

Esse processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seu contexto as pessoas com deficiências é denominado inclusão (SASSAKI, 1997). Segundo essa proposta, essas pessoas precisam ser preparadas para assumir seus papéis como cidadãos. Para isso, faz-se necessário uma parceria – sociedade e pessoas com deficiências no sentido de se assegurar o respeito, através do respeito às diferenças do deficiente, o que vem a exigir, no nosso entendimento, uma reconstrução da sociedade como um todo, para acolher todos os cidadãos.

2.2 NO BRASIL

Em relação às pesquisas sobre a questão da pessoa com deficiência, no Brasil, em sua maioria, são pesquisas pontuais, fruto de trabalhos de Teses e Dissertações, geralmente orientadas por professores (as) da área como: Montoan, Júlio Romero, Jannuzzi, Mazzotta. Algumas pesquisas oriundas do MEC fazem parte dos dados do INEP, no campo da educação especial inclusiva. Após a obra de Otto Marques da Silva, Figueira (2008) fez suas reflexões, buscando dar foco a essa categoria especialmente no Brasil.

Este autor reforça que a maioria das questões que envolveram as pessoas com deficiências no Brasil, são mecanismos de exclusão, práticas de assistencialismo, sentimentos de piedade, caridade, inferioridade, oportunismo dentre outras que foram construídos culturalmente.

Esclarece ele que o fato de os deficientes não terem sido devidamente documentados, o resgate elaborado em sua obra foi realizado mediante pistas sobre a política de exclusão indígena e o assistencialismo dos Jesuítas.

Conforme a história, entre os índios não existiam classes sociais. Mas há relatos de historiadores e antropólogos de várias práticas de exclusão entre eles. Quando nascia uma criança com deformidade era imediatamente rejeitada, acreditando-se que traria maldição para a Tribo ou coisa dessa natureza. Abandonavam os recém-nascidos nas matas ou os atiravam das montanhas e até os sacrificavam em rituais de purificação. Contudo, não queremos dizer que não havia práticas inclusivas, o que seria negar a

naturalidade com que os indígenas lidam com as gerações mais novas e mais velhas. Os costumes, tradições e organização social variam de tribo para a tribo.

Para Santos Filho (1966), os índios possuíam uma robusta constituição física, eram fortes e saudáveis, fato que poderia ter sido um dos fatores que reforçava a política de exclusão, eliminando-se todos aqueles que nascessem com algum tipo de deficiência visível, fora dos padrões pré-estabelecidos pela Tribo, reforçando um dos motivos pelos quais os nossos primatas promoviam tais exclusões e o destino dos que adquiriam deficiência – o abandono.

É certo que, naqueles tempos, já existia o conceito de “inferioridade” um indivíduo com deficiência nunca seria bom caçador, não participava de batalhas, não era digno de uma esposa, nem gerava novos e bons guerreiros. Existia a segregação, apoiando-se no tripé: Preconceito, estereótipo e estigma.

Também, no Brasil, a pessoa com deficiência foi considerada, por vários séculos, dentro da categoria mais ampla dos “miseráveis”, talvez os mais pobres dos pobres.

Em 1534, foi fundada a Companhia de Jesus, por Santo Inácio de Loyola, com o objetivo de defender o Catolicismo contra a Reforma Protestante. Os Jesuítas dedicaram-se à catequese indígena e à educação dos colonos. Nessa época, tivemos a chamada medicina jesuíta. Faltavam profissionais de saúde nos primórdios da nossa história. Aos Jesuítas foi permitido aplicar seus conhecimentos de arte médica.

Embora não tendo registros oficiais da época, pelas descrições das doenças, presume-se a existência de pessoas com deficiências congênitas ou adquiridas entre os assistidos pelos Jesuítas, que tiveram grande importância no desenvolvimento da medicina brasileira, segundo Santos Filhos, acima citado.

Certamente pessoas com deficiência existiam no início de nossa história. Talvez com consequência cultural da política de exclusão dos índios, a sociedade colonial continuasse a segregar, mesmo por superstição, escondendo essas pessoas.

Vale salientar que foi nas duas primeiras décadas do Império que pessoas com deficiência foram lembradas, pela primeira vez, só que, de forma negativa

em uma citação em nossa primeira Constituição de 1824, no art.8º, que diz: Suspendam-se os direitos políticos: 1º - Por incapacidade física ou moral [...].

Assim, percebe-se que as condições das pessoas com deficiência no Brasil do século XIX eram bem piores que hoje, não podendo deixar de aclarar que a educação em nosso país sempre foi centro de atenção apenas nos momentos em que os segmentos dominantes da sociedade sentiram necessidades de votos nos pleitos eleitorais, na exigência de mão-de-obra instrumentalizada quando passamos para a era industrializada, dentre outros interesses políticos. E com a educação das pessoas com deficiência não foi diferente. Daí passaram a ser vistas como “problema”, iniciando-se, mesmo de maneira modesta, atendimentos educacionais a elas.

Portanto, de acordo com Figueira (2008), a época marcante foi representada pelas chamadas “Rodas dos Expostos¹” que, no Brasil, funcionaram de 1726 a 1950. Sua origem foi a Itália, durante a Idade Média, a partir do trabalho de uma Irmandade de caridade que se preocupava com a grande quantidade de bebês encontrados mortos. No Brasil, sua instalação teve início em Salvador, Rio de Janeiro, Recife e ainda em São Paulo. Após o Império, outras rodas menores foram surgindo em outras cidades.

Embora não tendo o número exato de crianças ali abandonadas, Jannuzzi (2006) chama a atenção que muitas delas traziam defeitos físicos, mentais e outros. Observava-se que quase a totalidade das crianças ali abandonadas provinham da faixa dos miseráveis, de excluídos. A pobreza foi a primeira causa do abandono de crianças em todas as épocas.

¹ A Roda dos Expostos teve sua origem na Europa Medieval, este sistema inspirou-se nas rodas existentes nos mosteiros medievais, que recebiam crianças para serem criadas servindo a Deus, e esteve sempre ligada a alguma ordem religiosa, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia. A roda tinha forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura, o expositor depositava a criancinha que enjeitava. A seguir ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta, para avisar a vigilante ou rodeira, que um bebê acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local sem ser identificado. No Brasil, havia a necessidade de abrigos para as crianças que eram deixadas dentro de cestinhas na porta das casas de famílias, e também para aquelas que perambulavam pelas ruas do país. Então, foi implantado aqui, o sistema da Roda dos Expostos, ainda no período Colonial.

Segundo Silva (1987), da mesma forma que na Europa, também no Brasil a pessoa com deficiência foi colocada, por séculos, entre os miseráveis.

[...] Os mais afortunados que haviam nascido em berço de ouro ou pelo menos remediado, certamente passaram o resto de seus dias atrás dos portões... ou então, escondidos, voluntária ou involuntariamente, nas casas de campo ou nas fazendas de suas famílias. Essas pessoas deficientes menos pobres acabaram não significando nada em termos de vida social ou política do Brasil, permanecendo como um peso para suas respectivas famílias (p. 273).

Nas palavras de Marcilio (1998), por mais que fossem as condições naturais da terra, o sistema colonial implantado, da escravidão e da concentração de riqueza, em torno de grande propriedade monocultora para a exportação, determinou a existência de uma linha de pobreza abaixo da qual se situava boa parte da população livre. Com o fim da escravidão, o sistema que existiu foi sempre o da forte concentração de renda, da exclusão, da marginalização de uma faixa considerável da população.

Durante dois séculos ocorreram casos de cegueira noturna² - que significa insuficiência ou imperfeição de visão ou em iluminação fraca, com boa visão apenas em dias claros. No Brasil, severos males dos olhos foram muito comuns. “Entre as calamidades do Brasil, as doenças dos olhos, atacaram mais os soldados e os oprimidos da miséria”, diz o holandês Guilherme Pison, em sua obra de 1948, intitulada a *História Naturalis Brasiliae*. Pison chama o problema médico de “gota-serena” e também de “amaurose”, palavras que até hoje correspondem à cegueira parcial ou total.

Na segunda metade do século XIX, o Brasil consolidou-se como o maior importador mundial do café, coincidindo com a abolição dos escravos (1888) que favoreceu a vinda de imigrantes italianos, espanhóis, portugueses ou japoneses. Isso significou mais de um milhão de estrangeiros chegando ao Brasil, onde 60% deles foram para as zonas rurais e urbanas de São Paulo em

² Esta chamada cegueira corresponde ao que hoje se chama de Xeroftalmia, doença caracterizada pela não produção das lágrimas e por dificuldade de visão, principalmente durante a noite. É uma avitaminose causada por falta da vitamina A.

busca do sonho do café, tornando-se assim, necessário investir-se mais na saúde pública, uma vez que muitas doenças estavam radicando-se no país, e o que ocasionou problemas de superlotação das superadas Casas de Misericórdia, fazendo com que o Imperador Pedro II construísse mais hospitais. Surgiram as chamadas “Beneficências Portuguesas” vinculadas a comunidades estrangeiras, criando-se logo após o Real Hospital Português de Beneficência do Recife-Pe, em 1855, o de Salvador-Ba, Rio de Janeiro-RJ e São Paulo-SP.

De certa forma eram hospitais elitizados, aos quais as pessoas com deficiência, na sua maioria oriundas da classe mais pobre, raramente tinham acesso. Para essa categoria e para grande parte da população brasileira, surgiram hospitais públicos de bom porte e também de péssima qualidade.

Outros centros públicos seriam incorporados à Faculdade de Medicina, transformando-se em hospitais-escola, destinados a estudos mais aprofundados. Foi a partir desses hospitais, que as deficiências passaram a ser alvo de estudos, de novas pesquisas científicas, de desenvolvimento de novos tratamentos e novas técnicas de trabalho, principalmente no campo da reabilitação, fortalecendo, assim, a associação da deficiência com a área médica.

O fato de se considerar a deficiência uma doença veio sendo construído ao longo de nossa história, como uma questão sempre tratada em ambientes hospitalares e assistenciais, tendo outros fatores reforçados essa cultura. Desse modo, podemos dizer que muitas pessoas com deficiência mental, até mesmo por falta de exames e diagnósticos como doentes mentais eram internados injustamente, nessas instituições.

No século XX, deficiências e pessoas com deficiência foram objeto de muitos estudos científicos, no campo da Psicologia, da Medicina, da Pedagogia, da Terapia Ocupacional, da Fonoaudiologia, da Fisioterapia, da Psicopedagogia. Obtiveram-se novidades e alternativas terapêuticas de toda ordem.

Nesse esforço, emergiu o chamado “modelo médico da deficiência”, muito ligado à temática da reabilitação. Esse modelo tende a considerar a deficiência um “problema” da pessoa, a ser resolvido com tratamento individual prestado por profissionais, com vistas a se obter a cura ou a adaptação da pessoa ao ambiente.

Segundo essa tendência, cabe, sobretudo à pessoa a tarefa de tornar-se apta a participar da sociedade. Seu corpo precisa ser “consertado”, “adaptado”, “normalizado” para poder funcionar a contento no ambiente social existente. Ele torna-se um problema a ser minorado ou resolvido pela ciência. Isso levou ao surgimento de muitas clínicas, instituições de educação e reabilitação e a um aumento dos internamentos. A política de prevenção evoluiu.

No fim da década de 1950, surge, nos países escandinavos, o “princípio da normalização”, preconizando que as pessoas com deficiência poderiam viver uma vida mais “normal”. A sociedade deveria processar ajustes para interagir com essas pessoas – “paradigma integracionista”. Embora difundido em diversos países, sua aprovação pelos formuladores de políticas públicas não foi o ideal. Em muitos casos, houve uma tendência a se valorizar a cura ou melhora da deficiência, em detrimento de efetivas mudanças na sociedade.

Enquanto isso, no Brasil, a ação governamental continuava insuficiente, limitando-se à concessão de aposentadorias por invalidez administradas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Progressivamente, a partir da segunda metade do século XX, deu-se início ao paradigma da inclusão social, marcado pelas conquistas dos direitos humanos e de uma progressiva busca pelo reconhecimento de direitos específicos. Na década de 1950, configurou-se um arcabouço jurídico voltado para as pessoas com deficiência. Com o Decreto nº. 44.236, o Governo Federal instituiu uma campanha de educação e reabilitação para pessoas com deficiência visual, e, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), surgido a partir da fusão dos institutos existentes, apareceu o primeiro serviço governamental de reabilitação.

Até o ano 2000, o país conheceu uma enorme evolução na legislação relativa às pessoas com deficiência. O Estatuto da Pessoa com Deficiência é um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional. Dentre esses avanços legislativos, abrangendo problemas de assistência econômica e social, acesso aos locais públicos, combate à discriminação, cabe destaque a aprovação da Constituição Federal de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº. 9.394/96. Essa última garante a educação e o atendimento especializado, do deficiente na rede regular de ensino, com apoios necessários.

O aluno com deficiência já tem assegurado, conforme a Lei nº. 7.853/89, a matrícula compulsória em estabelecimentos públicos e privados de ensino, considerando-se crime recusar, suspender, procrastinar, cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, a inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, por motivos derivados da sua deficiência.

Após essa apresentação em breves aspectos históricos da deficiência no mundo e no Brasil, discutiremos, a seguir, o conceito de deficiência na perspectiva de um melhor entendimento da questão temática: deficiência e pobreza.

3 CONCEITUANDO DEFICIÊNCIA

Deficiente

[...]é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono de seu destino.

(Autor desconhecido)

A literatura mostra que, de forma geral, até o século XVIII, a deficiência era vista como produção de mitos e de ameaça social e, a partir do século XIX, como uma conotação de patologia. No século XX, de maneira bastante progressiva, a concepção de deficiência foi sendo alterada, deslocando-se o foco do “corpo doente individual” para o do “corpo doente social”, fruto da idéia de que as doenças também seriam produtos sociais. Nesse sentido, postula-se que os estados de invalidez podem ser influenciados, não apenas por limitações individuais decorrentes da deficiência ou incapacidade, mas, também, por fatores ambientais e sociais, que variam de acordo com o meio no qual o indivíduo deficiente se acha inserido (ROCHA, 1999; 2006).

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, com base no CIDDM-2 (Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação), define-se deficiência como:

[...] uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais [...]. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto sócio-ambiental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 12).

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, instituída pela Resolução nº. 3.447, aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75, “preconiza que o termo ‘pessoas deficientes’ refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar, por si mesma, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma

deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais” (ONU, 2006).

Contudo, o termo “pessoas deficientes” segue a definição adotada mundialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU), em sua “Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes”, de 9 de dezembro de 1975, aprovada em Assembléia Geral:

O termo ‘pessoas deficientes’ refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas, sensoriais ou mentais (ONU, *apud* RIBAS, 1985, p. 10).

É comum ouvirmos falar das “pessoas portadoras de deficiência” em geral como deficientes físicos que se locomovem em cadeira de rodas. No entanto, existem diferentes tipos e níveis de deficiência: “a ‘deficiência sensorial’ divide-se em deficiência visual e auditiva; a ‘deficiência da fala’ - se refere a um padrão de fala limitada ou dificultada; a ‘deficiência mental’ - se refere a um padrão intelectual reduzido, consideravelmente abaixo da média normal e a deficiência física’ - refere-se à perda ou redução da capacidade motora e engloba vários tipos de limitação sendo os principais: ‘paraplegia’, ‘tetraplegia’, ‘hemiplegia’, ‘amputação’ e ‘paralisia cerebral’ (NATIONAL EASTER SEAL SOCIETY, EUA, *apud* BRASIL, CORDE, 1992, p. 21).

A Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência incorporada ao direito brasileiro através do Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, oferece a seguinte definição:

O termo ‘deficiência’ significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social. O termo “discriminação contra as pessoas com deficiência” significa toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência com antecedente e suas conseqüências anteriores com percepção presente ou passada, que tenha o efeito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte da pessoa com deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais (BRASIL, 2001, Art. 1).

No Brasil, para os efeitos do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência, consideram-se, pelo menos, três formas de expressão da deficiência:

Deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

Deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos;

Deficiência por Incapacidade – compreendida como aquela que se expressa pela redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Portanto, sabe-se que qualquer que seja a forma como se estabeleça a deficiência ela não se constitui de um grupo homogêneo, mas cada uma enfrenta barreiras diferentes, de natureza diferente e que deve ser superada de maneira diferente.

3.1 A DEFICIÊNCIA NO BRASIL NO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2000

De acordo com as informações do Censo Demográfico de 1991, no Brasil existiam cerca de 1,7 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representava 1,14% da população total. No ano de 2000, o Censo Demográfico indicou um aumento significativo desse grupo de pessoas: 24,6 milhões de pessoas declararam ter algum tipo de deficiência, 14,5% da população total. Por que esse aumento? Ele que ocorreu devido, em parte, à mudança dos instrumentos que eram utilizados para a coleta das informações sobre a deficiência.

Segundo o IBGE (2003), em observância ao artigo 17, da Lei Federal nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989, que criou a obrigatoriedade de se incluir nos censos demográficos questões específicas sobre pessoas com deficiência, com o objetivo de quantificar esse grupo e conhecer sua realidade social e econômica, o IBGE, através do Censo Demográfico 1991, deu início ao estudo desse tema. Nessa ocasião, o questionário apresentava uma única pergunta que estabelecia o número de pessoas com deficiência, segmentado em mental, sensorial (cegueira e surdez) e física - paralisia total, paralisia de um dos lados, paralisia das pernas, falta de membro ou parte dele. A formulação da pergunta e o resultado obtido não satisfizeram a maioria dos usuários dessa informação. Detectou-se, na pesquisa subenumeração da deficiência, o que podia ser explicado pela metodologia de apuração da informação, pelos conceitos e categorias utilizados. A medição da deficiência ficou comprometida.

Assim, para o Censo 2000, o IBGE (op.cit) esteve em contato com a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE – do Ministério da Justiça, com a finalidade de promover uma reformulação das questões sobre o tema. Nessa parceria, as questões formuladas privilegiaram o estudo das incapacidades como ponto de partida para a identificação das deficiências e do grau de comprometimento das condições físicas ou mentais das pessoas pesquisadas.

“Com isso, foi criada a possibilidade de se observar parte da percepção que tais pessoas têm em relação às alterações provocadas pela deficiência nas suas capacidades de realização, no seu comportamento e na sua participação social. Esta ferramenta de estudo cria condições para definição de medidas específicas, mais adequadas à realidade nacional” (IBGE, 2003, p. 215).

Para se chegar à formulação definitiva utilizada no Censo, foram realizados diversos testes com diferentes perguntas e formulações, objetivando escolher aquelas que melhor captavam a população em estudo.

Sob o consenso de que internacionalmente a definição de incapacidade não se restringe às deficiências no máximo de severidade, sendo importante caracterizar o grau da limitação, foram incorporadas, as categorias “nenhuma dificuldade”, “alguma dificuldade”, “grande dificuldade” e “incapaz” para todos os tipos de deficiência.

Foram discutidas algumas questões acerca da formulação do quesito referente à deficiência mental. Segundo a CORDE, era necessário que se retirassem as pessoas com doença mental da pergunta sobre pessoas com deficiência mental. Dessa forma, optou-se por se fazer a seguinte pergunta no Censo 2000: “Tem alguma deficiência mental permanente que limite as suas atividades habituais?” O manual de instrução do censo esclarecia quem deveria ser incluído como deficiente mental.

Concordando com as idéias dos especialistas do IBGE (2003), as análises dos resultados das referidas provas piloto, juntamente com a experiência internacional, levaram à formulação de questões aplicadas no Censo Demográfico 2000. Em três perguntas, utilizou-se o conceito de limitação de atividades para se identificar as incapacidades. As outras duas perguntas referiam-se às estruturas do corpo – diferentes tipos de paralisia e falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar – ou às suas funções – retardo mental. O conceito utilizado, incluindo diversos níveis de limitação de atividades, permite distinguir os graus de incapacidade de enxergar, ouvir e locomover-se, além de caracterizar a população com deficiência e seus aspectos socioeconômicos.

De acordo com esses especialistas, a conceituação adotada, é compatível com as recomendações internacionais, especialmente com a International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF (2001) – divulgada pela Organização Mundial da Saúde. Posteriormente, Mbogoni e Synneborn (2003) formalizaram a recomendação de se utilizar a classificação internacional como marco teórico e seus conceitos e terminologias para fornecer a comparabilidade internacional das estatísticas produzidas, sempre que atendam às necessidades de informação de cada país.

O Censo de 2000 incorporou uma maior variedade de tipos de deficiência em relação ao realizado em 1991. No Censo de 1991 eram pesquisados os itens: cegueira, surdez, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, falta de membro, deficiência mental e mais de uma deficiência. Já no Censo de 2000 foi incorporada a questão da incapacidade, resultando nos seguintes itens: alguma dificuldade de enxergar, alguma dificuldade de ouvir, alguma dificuldade de caminhar, grande dificuldade de ouvir, grande dificuldade de enxergar, grande dificuldade de caminhar, incapaz de ouvir, incapaz de

caminhar e incapaz de enxergar. Além disso, a pesquisa de deficiência incluiu: existência de deficiência mental permanente que limite as atividades habituais e de algumas deficiências físicas – paralisia permanente total, paralisia permanente das pernas, paralisia permanente de um dos lados do corpo, falta de uma das partes do corpo (perna, braço, mão, pé ou dedo polegar).

Para Barbosa (2004), ao adotar a questão da incapacidade em seus instrumentos de coleta, o censo fez com que grande parte da população idosa fosse incluída nesse segmento, visto que muitas dessas dificuldades fazem parte do processo de envelhecimento.

Podemos concluir afirmando que ficou comprovado que o Censo de 1991 subestimou o número de brasileiros com deficiência. Aparentemente, o Censo de 2000 sobreestimou a situação. Mas, ainda, não existem trabalhos que confirmem essa afirmação. Pelo contrário, os estudos analisados nesta tese, utilizam, sem maiores críticas, as informações desse Censo. As suas informações apresentam uma grande vantagem: têm suporte e comparabilidade internacional.

Assim, para inquirir sobre deficiência no Censo Demográfico do ano 2000, o IBGE utilizou a seguinte definição³:

[...] existência de deficiência mental permanente que limite as atividades habituais, avaliação da capacidade de enxergar, avaliação da capacidade de ouvir, avaliação da capacidade de caminhar/subir escadas, existência de algumas deficiências físicas – paralisia permanente total, paralisia permanente das pernas, paralisia permanente de um dos lados do corpo, falta de uma das partes do corpo (perna, braço, mão, pé ou dedo polegar (IBGE, 2003. p.209).

³ Conforme anunciamos na Introdução, adotaremos, nesta tese, o conceito de deficiência do IBGE, por tratar-se de um órgão público oficial de referência nacional e internacional.

3.2 DEFICIÊNCIA E DIFERENÇA

Antes de aprofundarmos essa questão, torna-se necessário responder à seguinte pergunta: O que caracteriza uma pessoa com deficiência?

Uma das características mais marcantes do ser humano é a diferença. Não existem duas pessoas iguais. É isso que torna cada indivíduo único. Encontramos dentre as pessoas com deficiência uma enorme heterogeneidade de diferenças advindas de vários tipos de déficits ou lesões físicas, sensoriais e mentais, que evidenciam o fato de constituírem tais pessoas um grupo, segmento ou outra denominação similar, quer do ponto de vista biológico, psicológico ou sociológico. Portanto, no que diz respeito à questão das chamadas “pessoas com deficiência”, o ato de definir, de rotular não foge a essa regra.

Historicamente elas têm sido definidas, classificadas e rotuladas porque possuem “diferenças restritivas” específicas que as fazem diferir dos padrões culturais criados e adotados como “naturais ou normais”.

Para Aranha (1991), “[...] a deficiência é uma contramão das relações que compõem sua existência real e concreta. Características biológicas e psicológicas, criadas ou não por condições sociais incapacitadoras, levam à segregação, a partir de seu significado social, estabelecido pelos critérios de valor vigente no sistema”.

O autor ainda comenta que os “fracos”, os “incapazes” ou “lentos”, ou seja, aqueles que não correspondem ao parâmetro da existência/produção serão ‘naturalmente’ desvalorizados, o que limita ou impede condições de participação do deficiente na sociedade, comprometendo, assim, progressivamente, sua apreensão do ideal e seu conseqüente desenvolvimento. “[...] Entretanto, essa visão da deficiência enquanto condição constituída e não atribuída ao sujeito ainda não foi totalmente apropriada pela população, inclusive por grande parte dos próprios educadores especiais.”

Silva (2000) opina que uma pessoa deve ser considerada “deficiente” quando apresentar traços e características que a tornam diferente demais. Assim, uma pessoa que se desvia significativamente em termos de físico,

intelecto, comportamento ou crenças em relação às demais pode ser considerada “anormal”, pois está fora dos padrões sociais.

Ainda para o autor, falar que a “normalidade” é socialmente constituída é dizer que a sociedade apresenta, basicamente, duas formas de fenômenos: os normais e os mórbidos ou patológicos. Isso significa que são determinados, socialmente, concepções, padrões, normas, regras, formas de pensar e agir que norteiam os comportamentos dos indivíduos e que devem ser encarados, pelo menos pela maioria deles como naturais ou comuns. Gera-se o que poderíamos chamar de fenômenos patológicos quando, ao contrário, os indivíduos apresentam comportamentos excepcionais, que se encontram além das fronteiras da “normalidade”. Contudo, deve ficar claro que o desvio, até certo limite, é aceito – ou confundido – como normal, não se constituindo em fonte de perigo para a sociedade. É o que se denomina de “tipo médio”, modelo que serve de base para se distinguir o “normal” do “anormal”.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o conceito do que seja “normal” é dado socialmente. Será feita uma reflexão sobre quem são as “pessoas com deficiência”, a legislação brasileira existente para proteger seus direitos e sua garantia em termos concretos no Brasil. Em nosso país, a realidade tem mostrado um cenário de todos os paradoxos em que os excluídos persistem cada vez mais discriminados.

Diante disso, o reconhecimento das diferenças e das “pessoas com deficiência” representa hoje o grande desafio de todos no sentido de propiciar uma equiparação de oportunidades para as pessoas, sem privilégios para uma pequena minoria. A luta para garantirmos esses espaços de igualdade para os cidadãos significa uma luta política, porque estão representados na sociedade, com deveres e direitos que devem ser obedecidos e respeitados no planejamento e nas ações das políticas públicas.

De acordo com o Decreto Federal n.º 914/93, a pessoa com deficiência apresenta, em caráter permanente, perdas ou anomalias de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2003. Art. 3).

A OMS caracteriza os deficientes considerando níveis de dificuldade e/ou incapacidade: deficiência física (tetraplegia, paraplegia e outros), deficiência

mental (leve, moderada, severa e profunda), deficiência auditiva (total ou parcial), deficiência visual (cegueira total e visão reduzida) e deficiência múltipla (duas ou mais deficiências associadas).

Para a deficiência mental, a OMS esclarece que pessoas com problemas cognitivos de raciocínio, comunicação e memória, são portadoras, na realidade, de lesões neurológicas. Por falta de conhecimento do público leigo, é possível se ouvir chamar de doentes mentais, as pessoas, que, na verdade, estão com, lesões físicas, neurológicas. As diferenças físicas podem ser congênitas ou adquiridas. Problemas de ordem genética, ou por acidente ou doença ou degeneração do corpo humano, justificam a necessidade de cuidado permanente com a saúde.

Desse modo, uma “pessoa deficiente” é aquela que apresenta traços que a afasta da média estabelecida pela sociedade a ponto de ser percebida como precisando de tratamento educacional, social ou ocupacional especializado. Segundo Carneiro (1998, p.41), as deficiências classificam-se em:

- a) Portadores de deficiência auditiva, visual (sensorial), mental, física, múltipla;
- b) Portadores com Condutas Típicas (comportamentos típicos de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos com repercussão sobre o desenvolvimento e comprometimento no relacionamento social);
- c) Crianças de Alto Risco (aquelas que têm o desenvolvimento fragilizado em decorrência de fatores, como: gestação inadequada, alimentação imprópria, nascimento prematuro);
- d) Portadores de altas habilidades (também chamados superdotados, são aquelas crianças que exibem elevada potencialidade em aspectos como: capacidade intelectual geral; acadêmica específica; capacidade criativa e produtiva; alta performance em liderança; elevada capacidade psicomotora; talento especial para artes).

Vale ressaltar que os conceitos e imagens relacionados com as “pessoas com deficiência”, segundo a OMS editada em 1980, continuam como referência para a “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID”. Nessa classificação, “deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica” (BRASIL, CORDE, 1997).

A Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989, embora tenha disposto sobre o apoio à pessoa portadora de deficiência, sua integração e a Coordenadoria

Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, dentre outras providências, não teceu qualquer definição a esse respeito (BRASIL, 2006).

Por sua vez, o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, ao regulamentar a lei nº 7.853/89, dentro das linhas constitucional e legalmente traçadas, no art. 3º, inciso I, considera deficiência:

[...] toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 2006, Art. 3).

Com base nos conceitos constantes em diversas convenções, tratados, leis e decretos, Luciana Toledo Távora Niess e Pedro Henrique Távora Niess afirmam, sinteticamente, que “portador de deficiência é o ser humano que sofre limitações (em grau considerável) nas funções naturais do físico, da mente ou dos sentidos, para a realização das atividades do cotidiano” (2003, p. 2-3).

De acordo com Luiz Alberto David Araújo:

O que define a pessoa portadora de deficiência não é a falta de um membro nem a visão ou audição reduzida. O que caracteriza a pessoa portadora de deficiência é a dificuldade de se relacionar; de se integrar na sociedade. O grau de dificuldade definirá quem é ou não portador de deficiência (1994, p. 24).

Por isso, não é aconselhável o estabelecimento de comparações entre as pessoas com deficiência da mesma área e nem entre aquelas de áreas diferentes. Cada pessoa é o resultado do conjunto das suas relações sociais, ou seja, é aquilo que a sua história de vida lhe possibilitou ser. Portanto, o mais importante é que, independentemente de uma determinada pessoa possuir ou não deficiência, ela é igual às demais naquilo em que é igual, e é diferente das demais, naquilo em que é diferente. Omote (*apud* GENTILIN, 2008, p.12) afirma que a deficiência é um fenômeno socialmente construído, que não é atributo da pessoa deficiente. É uma condição atribuída a uma pessoa ou nela reconhecida, em função de uma perspectiva assumida pela audiência.

No Brasil, utilizou-se, por muito tempo, a palavra ‘excepcional’ e, posteriormente, o termo ‘deficiente’ para designar essas pessoas. Depois se

utilizou a nomenclatura “pessoa portadora de deficiência” que caracteriza que a deficiência está na pessoa, mas não é a pessoa. Por se tratar de uma expressão “ressaltando o conceito de pessoa” (ARAÚJO, 1994, p. 21) diminui a desvantagem e o preconceito gerados por uma abordagem que até bem pouco tempo reduzia a pessoa à sua deficiência e caracterizava esse grupo de indivíduos. A Constituição Brasileira de 1988 já reflete essa mudança, adotando esse termo.

O mais importante nessa nova terminologia é que o deficiente não é mais um nome e sim um complemento que vem depois de outra coisa. A evolução do conceito e a nova postura podem ter contribuído para evitar-se a fragmentação de uma definição que considerava o deficiente unicamente por partes. Foram introduzidas a imagem que se faz do deficiente, a imagem de si, de seu grupo, do indivíduo global e inteiro.

A terminologia “Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais” é aceita pela área técnica e se constitui em mais uma nomenclatura adotada por algumas entidades. Hoje, usa-se Pessoa com deficiência.

Assim, nesse trabalho, mesmo adotando a expressão “pessoa com deficiência”, em alguns momentos, são, também, utilizadas outras nomenclaturas, em respeito à originalidade dos documentos consultados.

A clarificação e o entendimento dos modelos: teórico, médico, social, ou sua combinação, bem como a terminologia a eles associada é de suma importância para a definição e execução das políticas sociais de atendimento às pessoas com deficiência. Sua contextualização na dinâmica da vida social é um imperativo da sociedade democrática e da cidadania.

O Termo “deficiente” atribuído aos membros de uma sociedade que apresentam alguma forma de “anormalidade” ou de “diferente” diante dos demais, quer seja em relação ao cognitivo, afetivo ou motor, tem sido objeto de críticas e discussões entre profissionais que lidam com essas pessoas assim designadas. Teóricos com Jannuzzi (1985), Ribas (1985), Goffman (1982) manifestam-se a respeito dessa questão, direcionando-se por caminhos que tentam mostrar os equívocos e as contradições geradas por termos tais como normal e anormal, comum e incomum, deficiência e incapacidade. Carvalho (1998, p.119), entende por deficiência

[...] qualquer perda de função psicológica, fisiológica ou anatômica. Tem como características: anormalidades temporárias ou permanentes em membros, órgãos ou outra estrutura do corpo, inclusive os sistemas próprios da função mental. É exemplo a perda das funções biológicas visuais, auditivas, motoras, decorrentes das mais variadas causas.

Assim, percebe-se que o debate em torno dessa questão tem como preocupação fundamental, evitar rotular e estigmatizar o deficiente, chamando-o de anormal, incapaz, débil mental. O problema da deficiência como causa de incapacidade não pode ser visto de forma tão simples. É preciso deixar claro, a que tipo de incapacidade alguém se refere. Por exemplo, a perda da visão, para um provador de vinhos profissional ou digitador não será tão incapacitante como para um piloto ou para um motorista.

No entanto, seja qual for a deficiência ou como se deve nomear as pessoas com deficiência, elas fazem parte da sociedade, têm os mesmos direitos em sua comunidade e devem receber todo o apoio de que necessitam dentro das estruturas de educação, saúde, trabalho e serviços sociais para a conquista de seus direitos, aumentando, assim, suas expectativas diante da deficiência, fazendo parte do processo de equiparação de oportunidades e assumindo responsabilidade como membros da sociedade.

Muitas vezes a forma de se tratar a questão, além de não conseguir a diferenciação ou a uniformização do conceito, coloca a deficiência como resultado de impedimento somente individual, não se levando em conta as implicações sociais da mesma. Ao abordar esse tema, Figueira (2003, p.1), conceitua deficiência como resultante de um impedimento que pode consistir de dificuldade de marcha, visão, fala, audição, escrita, de contar, de levantar-se ou de interessar-se por fazer contato com o meio-ambiente.

Vivemos em uma sociedade, onde o ser humano é socialmente desigual. Nessa sociedade existem profundas divisões entre as classes sociais, com implicações maiores do que a divisão entre deficientes e não deficientes, como a divisão estrutural que permeia as demais classes, como: pobres e ricos, empresários e trabalhadores assalariados, superiores e inferiores, melhores e piores. Nessa nossa sociedade a ordem é por demais valorizada. Um corpo que não está em ordem, logo será fadado a não ter realizações, não ter progresso, por possuir uma marca que o distingue pejorativamente de outros, deixando, na maioria das vezes, grandes estigmas pelo resto da vida.

Ressaltando o caso da pessoa cega, o objeto de nosso estudo, o olho se apresenta deformado, como morto, provocando repelência. Um olho artificial não ajuda a pessoa cega, mas permiti-lhe disfarçar o defeito e elimina o aspecto desagradável da órbita ocular. A pessoa cega que se adapta ao ambiente e se comporta de um modo normal, sem chamar a atenção sobre sua deficiência, facilita consideravelmente o relacionamento com os outros e prestigia sua imagem no mundo dos videntes. Isso demonstra claramente como a sociedade valoriza o belo, o perfeito, o superficial e esquece o lado humano, a pessoa em si.

Portanto, a identificação da deficiência é feita levando-se em conta características isoladas dos órgãos e funções.

No entanto, em todas as partes do mundo e em todos os níveis de cada sociedade há pessoas com deficiência. O número total de pessoas com deficiência no mundo é muito grande e está a aumentar, como resultado das diferentes circunstâncias sócio-econômicas e das diferentes disposições que os Estados adotam para o bem-estar dos seus cidadãos. A atual política em matéria de deficiência é o resultado da evolução registrada ao longo dos últimos 200 anos. Em muitos aspectos reflete as condições gerais da vida e as políticas sociais e econômicas surgidas em épocas diferentes.

Não obstante, no que diz respeito à deficiência, também há muitas circunstâncias concretas que influenciaram as condições de vida das pessoas que dela padecem: a ignorância, o abandono, a superstição e o medo que são fatores sociais, que ao longo de toda a história isolaram as pessoas com deficiência e atrasaram o seu desenvolvimento.

Como podemos observar, a sociedade moderna vem optando, permanentemente, pela colocação do foco de sua existência na produção, na produtividade, na máquina, no rendimento, na maximização, na otimização e na eficiência. Não é essa, entretanto, a concepção da vida do homem numa sociedade que queira procurar no equilíbrio e na democracia sua realização.

A identidade que se quer universal é a da eficiência, portanto, o diferente da eficiência é a deficiência. No entanto, essa abordagem da diferença é o que sempre tem procurado definir a deficiência, como causa de perda, como negação de uma identidade própria do ser humano.

De certa forma, a deficiência continua sendo tratada de forma excludente, porque, em torno dela, se criaram marcas - estigmas - que definiram as atitudes do estigmatizado e do estigmatizador. Parece não haver sociedade, momento ou cultura onde a pessoa com deficiência não tenha sido marcada pela exclusão, sobretudo na escola e no mundo do trabalho, seja em, maior ou menor grau, de uma forma ou de outra (GOFFMAM, 1988).

Cada deficiência acaba acarretando um tipo de comportamento e suscitando diferentes formas de reações, preconceitos e inquietações. As deficiências físicas, como as paralisias, a ausência de visão ou de membros, causam preocupação mais intensa por terem maior visibilidade. Já a deficiência mental e a auditiva, por sua vez, são pouco percebidas, inicialmente, pelas pessoas, mas causam mais estresse, à medida em que se toma consciência da realidade das mesmas.

A falta de conhecimentos da sociedade em geral faz com que a deficiência seja considerada uma doença crônica, um peso ou um problema. O estigma da deficiência é enorme, podendo transformar as pessoas cegas, surdas e com deficiências mentais ou físicas em seres incapazes, sem direitos, sempre deixados em segundo plano na ordem das coisas. É necessário muito esforço para a superação desses agravos.

Acreditamos que não basta exigir a criação de leis, que podem até ser cumpridas, mas ressaltamos a real necessidade de uma compreensão da sociedade em ver os deficientes como indivíduos possuidores de potencialidades e capacidades, apesar das suas limitações. Se a atitude do corpo social não for visualizada dessa maneira, o resultado será meramente assistencial, demonstrando-se claramente um procedimento paternalista e excludente. Não é de atitudes assistenciais e paternalistas de que o deficiente necessita, mas de atitudes e ações que respeitem e valorizem a sua competência enquanto membro da sociedade.

Nesse sentido, a idéia de exclusão evoca a importância das políticas públicas e do papel do Estado em desenvolver políticas em benefício dos excluídos para que possam participar do desenvolvimento do país. Tal papel público pode complementar-se pela iniciativa privada e pela sociedade civil em prol do excluído.

Após apresentarmos algumas idéias conceituais sobre a deficiência, com o objetivo de manter um fio articulador que direcione o foco da temática abordada, discutiremos neste capítulo subsequente, o que entendemos sobre Pobreza e Deficiência.

4 POBREZA E DEFICIÊNCIA

“Não se mede o valor de um homem pelos seus bens ou pelas suas roupas. O verdadeiro valor de um homem está no seu caráter, nas suas idéias e na nobreza dos seus ideais”.

(Charles Chaplin)

Para uma melhor compreensão da relação entre pobreza e deficiência será feita uma síntese sobre o início da pobreza no Brasil, a partir do sistema da escravidão, que sustentou a economia de nosso país durante séculos. Entretanto, quando a escravidão foi abolida em 1888, a estrutura opressiva infelizmente não teve mudanças. As oligarquias econômicas e políticas aderiram ao abolicionismo, desde que não ameaçasse a propriedade privada, a concentração da riqueza e todos os seus privilégios. Portanto, os que foram escravos permaneceram em situação excludente, sem acesso à educação, a um mínimo de propriedade e outros recursos que permitissem, juntamente com suas famílias, a cidadania em igualdade com os outros setores da sociedade. Significa dizer que, na prática, a abolição não se efetivou na sua totalidade.

Segundo Figueira (2008), nos anos de 1930, principalmente nos anos de 1950, o Brasil entrou, de maneira decidida, no processo de desenvolvimento industrial, que levou o país a ocupar o 9º lugar entre as potências econômicas do mundo, aparecendo, com isso, o fenômeno da marginalidade urbana, porque o nível de emprego e salário não acompanhou o ritmo do crescimento. Nessa época, provocou-se a enorme onda de migração do campo para cidade, pois a tecnicidade da agricultura, a crescente concentração de terra e política agrária sacrificava as pequenas propriedades e essa migração aumentou o número de desempregados e dos marginalizados.

Em 1964, o país, sustentado pela ditadura militar, implantou o modelo tecno-burocrático-autoritário, acentuando a exclusão dos trabalhadores e setores organizados pela sociedade. A partir de 1980, esse modelo entrou em crise e, com a participação da organização civil, houve a queda do regime militar. Nos anos de 1990, vivenciou o modelo neoliberal, que tem no mercado seu eixo. Ele nasceu para tentar contrastar a crise e, sob o influxo e a pressão da economia internacional, adotada pelo governo brasileiro, sem restrição - o

neoliberalismo como o novo mito da modernização, nos eixos da privatização, da abertura ao comércio internacional e do mercado.

O neoliberalismo não é só uma teoria econômica, mas funda-se numa visão do homem, que justifica todas as suas conseqüências concretas. O homem, para ele, é um produtor-consumidor de bens econômicos, portanto, vale em proporção ao quanto tem. O ser da pessoa depende do ter. Daí não é necessário ir muito longe para se entender de onde vêm as discriminações, a seletividade, a exclusão que determinam a pobreza. Jaguaribe(1989) revela:

[...] por deixar à margem dos benefícios diretos ao desenvolvimento largas parcelas da população, quando muito aproveitando-se dos sobejos do núcleo modernizante e permanecendo em situação de pobreza ou mesmo de estrita miséria (p.19)

No Brasil, segundo dados do IBGE (2007), aproximadamente 33% da população está em situação de pobreza, índice alto para um país rico em recursos materiais, minerais, solos férteis, com considerável desenvolvimento industrial, e com um agravante que está no índice de concentração de renda que é uma conseqüência perversa da globalização. Os ricos são cada vez mais ricos, em contraste com os pobres que são cada vez mais pobres. O individualismo manifesta-se exarcebado e incita a ver no próximo um concorrente e inimigo, ao mesmo tempo em que gera um estado de insatisfação, insegurança e medo. Segundo os Relatórios Anuais do Banco Mundial, o Brasil é um dos países que tem a pior distribuição de renda per capita. A concentração de renda é criadora das desigualdades e inviabiliza a universalização dos direitos.

É inegável que a globalização nos trouxe dois lados da moeda, mas o que aqui se relata é que ela nos revelou, de forma explícita, as desigualdades sociais, intensificadas pela má distribuição de renda e pelo desenvolvimento acelerado, mostrando as condições humanas em que sobrevivem muitas comunidades, com as conseqüências geradas pela falta de informação e de acesso à educação e à saúde. Como afirma Castel (1998), o que caracteriza a globalização é o fato de ela ser extraordinariamente excludente e inclusiva ao mesmo tempo.

A pobreza no Brasil e na América Latina pode ser considerada prova contundente da falácia que têm sido os programas de desenvolvimento. Pode-se observar que a grande maioria dos programas sociais ainda hoje no Brasil, prioriza projetos sociais emergentes, apesar de se identificarem com os problemas de ordem estrutural que deverão ser transformados. Entretanto, é possível se constatar esse fato nos programas recentes implantados pelo poder público e que são voltados para suprir a carência de alimentação da população de baixa renda. Esses programas pontuam a execução de políticas sociais compensatórias, de forma paternalista que contrariam os avanços conquistados nesse longo caminho de democracia do País, pois dificilmente permanecem isentos de interesses diversos. E, mesmo assim, as necessidades essenciais como alimentação, saúde, educação, trabalho, lazer, afeto, atenção aos deficientes, respeito às etnias e a diferentes culturas continuam a não ser desenvolvidas de maneira satisfatória.

É sabível que, apesar de a pobreza mais severa se encontrar nos países subdesenvolvidos, ela existe em todas as regiões do mundo. Nos países desenvolvidos, manifesta-se na existência dos sem abrigo e de subúrbios pobres. A pobreza pode ser vista como uma condição coletiva de pessoas pobres, de grupos, e mesmo de nações. Para se evitar esse estigma ou mesmo dirimir a exclusão, essas nações são chamadas normalmente de países em desenvolvimento.

A pobreza pode ser absoluta ou relativa. A pobreza absoluta alcança um alto nível e desenvolve-se ao longo do tempo e entre países. Podemos perceber um indicador de pobreza absoluta na percentagem de pessoas que ingerem, diariamente, calorias inferiores ao mínimo necessário (aproximadamente 2000/2500 calorias).

Márcio Pochmann (2004), Secretário de Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade de São Paulo, estabeleceu duas classificações de pobreza em sua pesquisa “pobreza humana: medidas e dimensões no Brasil”: primeiro, a pobreza absoluta, referente às pessoas que não têm renda para bancar sua alimentação, vestimenta, educação e moradia, fortemente concentrada nas regiões Norte e Nordeste do país. O outro tipo de pobreza, conhecido como pobreza relativa, encontrada nos grandes centros metropolitanos, principalmente na Região Sudeste, onde as pessoas têm acesso à educação, à

comida, à roupas, mas não o suficiente para satisfazer necessidades básicas de consumo, o que se torna uma das causas da violência urbana.

Segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), embora a pobreza absoluta tenha diminuído de 57,3 para 56,9 milhões, entre os anos de 1991 e 2001, a pobreza relativa passou de 67,9 para 80,7 milhões, no mesmo período. (INFORME SERGIPE, 2004).

Essas informações se diferenciam dos últimos números fornecidos pelo IBGE, na publicação “Síntese dos Indicadores Sociais”, que retirou medidas da pobreza a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2007). A PNAD construiu indicadores relacionados com as diversas dimensões das condições de vida da população, dentro de uma visão de que o conceito de pobreza vai além do indicador de renda e contempla fatores como escolaridade, saneamento básico e situação precária de alguns grupos sócio-demográficos.

É notório que nas políticas para o desenvolvimento e de redução da pobreza, as pessoas com deficiência são mantidas numa espécie de invisibilidade e excluídas dos programas de desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento, a pobreza é um fator central das causas da deficiência, como má e/ou falta de alimentação (inclusive na gestação), péssimas condições de higiene e saúde (pública e individual), falta de informações sobre prevenção e cuidados pessoais, pois sabe-se que prevenção de problemas no feto deve ser muito anterior à gravidez. O primeiro passo para essa prevenção consiste na realização dos chamados exames pré-nupciais. Poucos se lembram desse cuidado, principalmente nas classes desfavorecidas, por falta de esclarecimentos e de condição financeira para buscar esse serviço.

Portanto, ainda em se tratando de prevenção, deve-se conversar com um geneticista, antes de engravidar, para serem avaliados riscos e alternativas. Como podemos observar, as más condições de moradia, o baixo nível educacional daqueles que não têm acesso à educação por não contarem com meios adequados de comunicação ou de facilidades de acesso a escolas, o tratamento aos desempregados, considerados, muitas vezes, como seres de segunda categoria em países pobres do mundo, os altos índices de desemprego e/ou subemprego tornam, certamente, essas pessoas vulneráveis a uma deficiência ou a terem um filho com alguma deficiência.

Assim, não podemos deixar de ressaltar que os riscos de acidentes perinatais são várias vezes superiores aos dos países mais desenvolvidos, por exemplo. Já nos países desenvolvidos, as causas das deficiências estão relacionadas com a violência urbana, os acidentes de trânsito e de trabalho, as enfermidades cardiovasculares e cerebrovasculares, e o consumo excessivo de drogas que são responsáveis por altos índices de problemas psiquiátricos e emocionais, além de, também, gerarem crianças com deficiência e contribuírem para um círculo vicioso de violência, estresse, acidentes e falta de perspectivas.

Portanto, o que observamos é o baixo nível de prioridade concedido, no contexto do desenvolvimento social e econômico, às atividades relacionadas com a igualdade de oportunidades, a prevenção de deficiências e a sua reabilitação.

No entanto, sabemos que entre as principais políticas de inclusão estão as leis e campanhas em favor desse segmento populacional e as tecnologias assistivas e/ou ajudas técnicas que podem ser: órteses (muletas ou andadores) e próteses (membros artificiais), sintetizadores de voz para computadores, sistema de leitura e escrita Braille, legenda oculta na TV, livros falados, lupas, regletes (aparelhos usados para os cegos escreverem com letra corrente), telefones com sistema TDA (para surdos), entre outras. Também é necessário existirem intérpretes de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais); acessibilidade física (rampas, elevadores, portas largas, aparelho para se digitar com a cabeça) e virtual (*sites da internet* acessíveis); cães-guia (animais treinados para guiar pessoas cegas) e outros recursos que garantam total autonomia e independência às pessoas com deficiência. Para que esse serviço seja concretizado, é necessária a vontade política que é o desejo de toda pessoa com deficiência. Entretanto, a sociedade se exime de sua responsabilidade nessa situação e desenvolve estratégias de benemerência, ao invés de ações políticas que garantam a equiparação de oportunidades e a acessibilidade aos direitos de todos os cidadãos.

Assim, a pobreza não pode ser definida de forma única e universal. Ela se relaciona com situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico. Nesse trabalho, consideramos

pobreza como insuficiência de renda, trabalhando com a categoria deficiente, formada por pessoas que vivem em famílias com renda per capita abaixo da linha de pobreza.

Os resultados das PNADs revelam que, em 1998, cerca de 14% da população brasileira vivia em famílias com renda inferior à linha de indigência e 33% em famílias com renda inferior à linha de pobreza. Desse modo, como vemos, cerca de 21 milhões de brasileiros podem ser classificados, como indigentes e 50 milhões como pobres.

Simon Schwartzman⁴ (1997) comenta que o tema pobreza tem sido objeto de atenção cada vez mais intensa dos governos, organizações internacionais e, conseqüentemente, institutos de estatística, onde retomam, assim, uma tradição de estudos que foi importante na Inglaterra do século XIX, mas, que foi em grande parte substituída, nas décadas seguintes, pelas estatísticas sobre emprego e desemprego.

Ainda Schwartzman, comenta que o fenômeno da pobreza, naturalmente, sempre existiu, mas sua interpretação tem variado muito ao longo do tempo. Tradicionalmente, a condição de pobreza era entendida como algo natural, inevitável e inerente à uma parte grande, se não à maior parte da humanidade, mas só se tornava objeto de preocupação de governantes e estudiosos dos fenômenos da economia e das populações quando os pobres, de alguma forma, saíam ou eram arrancados de sua situação de conformismo tradicional e se transformavam em uma ameaça à ordem constituída.

O referido autor afirma que, fora dos países industrializados, a pobreza continuou existindo em grande escala e, em muitos casos, vem-se agravando, mas não foi nesses países que os modernos sistemas de estatísticas públicas se desenvolveram. Na América Latina, nos anos de 1950 e 1960, o tema da pobreza ressurgiu sob o rótulo de estudos sobre "marginalidade", sobretudo em

⁴ Graduado em Sociologia e Política e Administração pública pela UFMG (1961), Mestre em Sociologia pela Facultad Latino-americano de Ciências Sociales (FLACSO) (1963) e Doutor em Political Science – University of Califórnia Berkeley (1969). Atualmente é Presidente do Instituto de estudos do trabalho e Sociedade. É membro da Academia Brasileira de Ciências e foi presidente da fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon>. Acesso em: 10.09.08.

organizações acadêmicas ou voltadas para a mobilização popular, em três vertentes principais: a marxista, a católica e a cultural. A vertente marxista tratava de interpretar os fenômenos de pobreza em termos do conceito de "exército industrial de reserva".

Os pobres da América Latina, que se deslocavam em grandes números dos campos para as cidades, repetindo, de alguma forma, séculos depois, a transição demográfica da revolução industrial européia, seriam uma criação do próprio capitalismo, que dependeria de sua existência para manter seus altos níveis de lucro e exploração. A premissa não estava totalmente errada, já que, de fato, a explosão demográfica, a introdução de técnicas modernas de produção agrícola e a geração de empregos nas cidades de fato explicavam a grande expansão da pobreza urbana, que tornava mais visível, e potencialmente mais explosiva a tradicional pobreza rural.

Assim, o que se percebe é que o desenvolvimento econômico tão pouco conseguiu dar melhores condições de vida aos pobres. Pelo contrário, os processos de industrialização aumentaram a desigualdade e a disparidade de renda entre os mais pobres e os mais ricos, entre brancos e negros. Quando se observam os ciclos brasileiros de crescimento econômico, vê-se que sempre existiu, paralelamente a eles, uma massa de excluídos que não colhia os frutos da riqueza que o país produzia e produz.

A segunda vertente dos estudos de marginalidade era a vertente católica, que se confundia, em parte, com a marxista, mas tinha um tom muito mais claramente ético e moral. A pobreza era vista como produto da exploração, não de um sistema econômico impessoal, mas de classes dominantes gananciosas e desprovidas dos dons da caridade e da solidariedade. A mensuração da pobreza equivaleria à mensuração dos níveis de iniquidade e injustiça existentes em uma sociedade, a serem reduzidos pelo arrependimento dos ricos e a mobilização dos pobres.

A terceira vertente vinha do norte, sobretudo dos Estados Unidos, e interpretava o que ocorria em termos culturais. Entretanto, as estatísticas de pobreza que se desenvolveram nos últimos anos podem ser classificadas em dois tipos principais: aquelas que buscam medir a pobreza absoluta, ou seja, identificar as pessoas que estão abaixo de um padrão de vida considerado minimamente aceitável e as que medem a pobreza relativa, ou seja, que

buscam identificar as pessoas que tenham um nível de vida baixo em relação à sociedade em que vivem. Tanto em um como em outro caso, a renda monetária é utilizada normalmente como indicador. No caso da pobreza relativa, trata-se de se identificarem em pessoas que se situam abaixo de um ponto qualquer na distribuição de renda, definido arbitrariamente.

No caso da pobreza absoluta, trata-se de se identificarem as pessoas cujos rendimentos são inferiores ao necessário para adquirir um conjunto mínimo de bens e serviços considerados indispensáveis. De acordo com o IBGE, uma variante em relação à pobreza absoluta é a chamada "metodologia das necessidades básicas não satisfeitas". Neste caso, trata-se de se identificarem as pessoas que, de fato, não conseguem satisfazer necessidades essenciais como habitação, nutrição, educação, saúde, independentemente de sua renda disponível.

O que se percebe é que a pobreza é uma privação de bens e oportunidades essenciais a que o ser humano tem direito. Todos deveriam ter acesso à educação básica e aos serviços primários de saúde, indo mais além de rendas e serviços básicos. Os indivíduos e a sociedade são pobres e tendem a permanecer assim ou piorar de situação, se não forem capacitados para uma tomada de decisões que dão forma e sentido à sua própria vida. Assim, a pobreza cria condição para a deficiência e a deficiência reforça a pobreza, aumentando a exclusão e a discriminação das pessoas com deficiência, reduzindo as oportunidades de contribuir produtivamente para o lar e a comunidade, aumentando assim, cada vez mais, a pobreza.

Estudos têm apontado e nos fazem reforçar, neste trabalho, que a conjunção de fatores como pobreza, desnutrição, precárias condições de saneamento básico e más condições de saúde pública ocasionam diversos tipos de deficiência. Estima-se, ainda, que parte considerável dessas ocorrências poderia ser evitada, caso as políticas públicas contemplassem devidamente essas questões.

No Brasil, conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD - e a União Européia (1999), 43,5% da população ganham menos de dois dólares diários e quarenta milhões de pessoas vivem na pobreza absoluta. Esse mesmo documento destaca que os resultados obtidos desses programas não têm sido diferentes, em vários outros países

da América do Sul, assim como na América Central. Mesmo em região como a Argentina onde, normalmente, os índices de pobreza não são tão altos, o Banco Mundial estima que quase um terço de sua população é pobre. No Brasil 12,8% da população ainda é analfabeta e seu nível educativo é inferior a oito anos de escolaridade quando, conforme a CEPAL(2000), “dez anos de escolaridade parecem constituir o umbral mínimo para que a educação possa cumprir um papel significativo na redução da pobreza”.

Portanto, a pobreza possui muitas faces e é diferenciada entre indivíduos, regiões e países. Cria fatores de risco que reduzem a expectativa e a qualidade de vida. Nesse sentido, os indivíduos em situação de pobreza possuem dificuldades em obter uma alimentação adequada, sendo comuns os casos de fome e desnutrição. Possuem, em geral, moradia desapropriada, acesso precário à água tratada ou saneamento básico, o que resulta em doenças e até mesmo em morte.

Certamente não podemos definir pobreza por um só conceito e um só teórico. Ela vem sendo discutida por sociólogos, economistas, historiadores, geógrafos, antropólogos e cientistas sociais.

A pobreza pode ser investigada, tanto em seu aspecto unidimensional (insuficiência de renda) quanto em seu aspecto multidimensional (privação das capacidades, ou seja, a capacidade dos indivíduos de exercerem suas liberdades). A pobreza vista como ocorrência de renda baixa, é uma abordagem unidimensional e é encarada como níveis de renda incapazes de atender às necessidades básicas, deixando o indivíduo cada vez mais excluído na sociedade.

Diniz & Arraez (2003) apontam que o conceito de pobreza embute um alto grau de subjetividade e escapa do âmbito da economia, uma vez que envolve variáveis de natureza cultural, histórica, social, filosófica e mesmo religiosa. Segundo esses autores, sob o prisma da economia, porém, pobreza possui um caráter material, que significa, em última instância, um estado de carência em relação a certo padrão mínimo, estabelecido socialmente, de necessidades materiais que devem ser atendidas, em cada momento, por um indivíduo. Sob esse escopo, a questão fundamental é determinar a linha demarcatória para esse padrão mínimo que possa mensurar a pobreza. Assim,

a pobreza possui uma dimensão de insuficiência de renda, que limita a capacidade de consumo.

Rocha (2001) também considerou essa relação entre a pobreza e a insuficiência de renda, tanto que, mesmo admitindo que a pobreza seja considerada uma “síndrome de carências adversas”, em seus estudos associou a pobreza somente à ocorrência de renda baixa, mais especificadamente a níveis de renda incapazes de atender às necessidades básicas em determinado tempo e lugar.

Conceitos, como os citados acima, que tratam a renda como base da mensuração da pobreza são considerados de abordagem unidimensional.

Para Sen (2000), no entanto, a pobreza deve ser considerada privação de capacidades e não baixo nível de renda, que é o critério comumente utilizado para se identificar a pobreza. O autor deixa claro, porém, que, ao se analisar a pobreza na perspectiva da privação das capacidades, não se nega que a renda baixa é uma das principais causas do fenômeno e que a falta da renda pode representar uma razão básica da privação de capacidades das pessoas.

O que a perspectiva da capacidade faz na análise da pobreza é melhorar o entendimento da natureza e das causas da pobreza e privação desviando a atenção principal dos meios (e de um meio específico que geralmente recebe a atenção exclusiva, ou seja, a renda) para os fins que as pessoas têm razão para buscar e, correspondentemente, para as liberdades de poder alcançar esses fins (SEN, 2000 p.112).

Ainda Sen (2000) expõe que existe um vínculo entre pobreza como inadequação de capacidades e pobreza como baixo nível de renda, sendo que a renda é um meio fundamental para se obter capacidade. Com maiores capacidades, as pessoas tenderiam a ser mais produtivas e obter rendas mais elevadas. Relaciona a ausência de liberdades substantivas (ou seja, liberdade de participação política ou oportunidade de receber educação básica ou assistência médica) à pobreza econômica, “que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso à água tratada ou saneamento básico” (SEN, 2000 p.18).

Dessa forma, Lavinas (2003) conceitua a pobreza como um estado de carência e privação que pode por em risco a própria condição humana.

Portanto, define que ser pobre é ter “sua humanidade ameaçada”, seja pela não satisfação das necessidades básicas (fisiológicas e outras), seja pela incapacidade de mobilizar esforços em prol da satisfação de tais necessidades. Baseado nos estudos de Amartya Sen, Lopes (2003) destaca uma abordagem da pobreza, distinta da de Rocha (2001) e semelhante à de Lavinias (2003), que é caracterizada pela não satisfação de algumas necessidades básicas.

Tal abordagem considera fundamental o acesso a alguns bens e serviços sem os quais as pessoas não usufruiriam uma vida digna. São bens imprescindíveis como: água potável, coleta de lixo, educação, acesso a transporte coletivo, que garantam aos indivíduos uma vida saudável e chances de inserção na sociedade. A característica essencial dessa abordagem é a universalidade, já que essas são necessidades de todo e qualquer indivíduo. Assim, Lopes (2003) parte do conceito de uma abordagem multidimensional da pobreza que permita ao indivíduo perceber sua própria situação social.

A erradicação da pobreza vem sendo considerada uma das maiores prioridades para a construção de sociedades mais justas, assim como vem aumentando o reconhecimento de que as causas e condições de pobreza são diferentes para homens e mulheres, negros e brancos, deficientes e ditos normais. Por isso, estão sendo realizados esforços para que as necessidades das mulheres e dos negros sejam consideradas de forma explícita e efetiva nas estratégias de redução da pobreza e nas políticas de geração de emprego e renda.

Entretanto, as relações entre deficiência e pobreza merecem um foco de atenção do poder público, pois os pobres deficientes vivem situações de preconceito, discriminação, violência e exclusão dos direitos e bens sociais. Segundo a OMS, 98% dos direitos desses cidadãos que vivem em países em desenvolvimento são totalmente negligenciados. Em muitos países, eles ainda não podem votar, casar-se, herdar propriedades, entre outros direitos constitucionais. Porém, a deficiência não está vinculada exclusivamente à pobreza, devido somente a sua natureza fisiológica. Depende da relação com o meio em que vive. Existem pessoas vivendo em países ricos, tendo acesso à maioria das equiparações de oportunidades, como políticas afirmativas de inclusão e tecnologias assistivas. E mesmo, sofrendo um acidente automobilístico e ficando paraplégico, por exemplo, caso seu país tenha

consciência social sobre o respeito às suas necessidades específicas, continuará exercendo sua cidadania plenamente.

Segundo a ONU (SECAD, 2006), a deficiência é tanto causa como efeito da pobreza: 82% das pessoas com deficiência do mundo, principalmente crianças e jovens, vivem abaixo da linha da pobreza. Dados do Banco Mundial apontam que pelo menos 79 milhões de indivíduos com deficiência estão na América Latina e no Caribe, dos quais 24 milhões no Brasil, de acordo com o Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Agências de cooperação internacional, programas de investimento social corporativo e políticas públicas governamentais e não governamentais continuam apostando, primeiro na busca de soluções para a pobreza e, só depois, para a deficiência, enfoque que não vem trazendo os resultados esperados. A consequência desse modo dicotômico de se perceber a juventude de um país é a falta de convivência de jovens com e sem deficiência e a perpetuação de práticas seculares de discriminação. Grande parte dos projetos de juventude no Brasil continua discriminando jovens com deficiência por absoluta inconsciência e desconhecimento dos fatos.

As estratégias nacionais para se reduzir a pobreza em países em desenvolvimento raramente incluem pessoas com deficiência, apesar da evidente relação entre pobreza e deficiência. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a desnutrição também ainda causa deficiência em 1 milhão de pessoas, anualmente, no planeta. O pior é que, em alguns países, 90% das crianças deficientes não passarão dos 20 anos de idade, e os deficientes intelectuais não sobreviverão além dos 5 anos de idade.

Bengt Lindqvist, ex-Relator das Nações Unidas em Assuntos de Deficiência e Desenvolvimento Social, em seu Relatório do Ano 2002, (GATJENS, 2009) ressaltou a íntima relação existente entre pobreza e deficiência: "É óbvio que nos países em desenvolvimento como em áreas mais desenvolvidas, as pessoas com deficiência e suas famílias são mais propensas que o resto da população a viver na pobreza. É uma relação de duas vias: A deficiência produz pobreza e as condições de pobreza aumentam o risco de se adquirir uma deficiência.

A relação pobreza – deficiência também é alvo de estudo realizado pelo Banco Mundial, em 2003 (NIPPD, 2005) que estima que 2/3 da população com

deficiência, no mundo, vive nessa situação. O problema é agravado por questões comuns em países subdesenvolvidos, como a falta de água, comida e nutrientes; educação e sistema de saúde precária; falta de oportunidades de emprego e o acesso praticamente nulo aos meios de comunicação e à informação em geral. Quem vive em situação de risco social tem mais probabilidade de adquirir deficiência por enfrentar gravidez e parto traumáticos, trabalhar em piores situações de segurança e saúde, habitar em casas precárias e com condições mínimas de higiene. Além disso, essas pessoas são submetidas à má nutrição ou à fome e frequentemente, dependendo do país em que vivem, são atingidos por guerras civis e conflitos armados em suas comunidades.

É necessário deixar claro que o combate à pobreza e à desnutrição pode evitar deficiência. Daí o cuidado da saúde materna e a necessidade de os partos serem assistidos por profissionais de saúde qualificados. Sabemos que muitos partos mal realizados podem provocar deficiência em decorrência de uma inadequada oxigenação do sistema nervoso central, da criança, levando à lesões por anoxia das células cerebrais. A falta de realização de um pré-natal adequado pode expor as mães a fatores de risco e à impossibilidade de diagnóstico para distúrbios genéticos. É fundamental que esse tipo de assistência seja realizado, pois configura-se em uma das principais causas de deficiências nas camadas mais desprotegidas da população, na medida em que até a falta de vitamina A pode provocar cegueira.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPS, 2001) declara que a deficiência da Vitamina A – DVA ainda é considerada um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, além de ser a causa mais importante da cegueira entre as crianças contribuindo, também, significadamente, para o aumento das taxas de morbi-mortalidade associadas aos processos infecciosos comuns na infância. Reconhece a OPS que na região das Américas, a DVA prevalece como uma enfermidade subclínica generalizada em muitos países, estimando-se que mais de um quarto dos menores de cinco anos sejam afetados por essa carência nutricional.

No Brasil, o Ministério de Saúde (2000) endossa estratégias de intervenção para o combate à Deficiência de Vitamina A nas áreas reconhecidas como de risco. É previsto o enriquecimento de leite e massas

alimentares com Vitamina A, ferro e outros nutrientes. Além disso, recomenda a reavaliação das tabelas de composição química dos alimentos disponíveis no país, com inclusão dos alimentos habitualmente consumidos e a atualização das informações sobre biodisponibilidade das diferentes formas de vitamina A presentes nos alimentos.

Reconhecendo-se que a maior vulnerabilidade para a Deficiência de Vitamina A é observada em indivíduos de países em desenvolvimento (West, 2002), cujas condições socioeconômicas desfavoráveis maximizam o desenvolvimento da DVA e prolongam seu efeito, é recomendada a combinação das medidas intervencionais citadas com outras intersectoriais. Entre elas, as políticas econômicas e sociais, visando à melhoria das condições socioeconômicas dos indivíduos e comunidades, políticas de saúde para a melhor e garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade e maior cobertura de atenção básica, além da capacitação dos profissionais de saúde para a investigação da DVA.

No entanto, as causas da deficiência variam no mundo inteiro e o mesmo ocorre com a predominância e as conseqüências da deficiência. É sabível que são o resultado das diferentes condições sócio-econômicas e das diferentes situações que cada sociedade adota para assegurar o bem-estar de seus membros.

Em pesquisa pela Organização de “Inclusão Internacional”, (INCLUSION INTERNATIONAL, 2003), uma Associação de pais e familiares de pessoas com deficiência luta para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, em Londres, 2003.

Esclarece a pesquisa que 600 milhões de pessoas, em todo o mundo, possuem uma deficiência e mais de 70% delas vivem em economias em desenvolvimento ou em transição. 98% de crianças com deficiências não estão na escola. Aproximadamente 1 em cada 5 pessoas que vivem com menos de US\$ 1.00 por dia tem alguma deficiência. Estima-se que 43% de pessoas com deficiências vivem em pobreza relativa. 98% de pessoas com deficiências em países em desenvolvimento não têm acesso à reabilitação e a serviços básicos apropriados. Mais de 80% das pessoas com deficiências estão desempregadas.

A fim de consolidar esforços para reduzir a pobreza, em 2000 as Nações Unidas adotaram as Metas de Desenvolvimento do Milênio (em inglês II MDGs). Essas Metas de Inclusion International têm por objetivo garantir que pessoas com deficiências não sejam esquecidas, nos esforços globais para melhorar sua qualidade de vida, em economias em desenvolvimento e transição.

As Metas de Desenvolvimento para o Milênio dão recomendações para o desenvolvimento de políticas e programas na educação, saúde maternal e infantil, redução da pobreza, direitos humanos, qualidade de vida entre os sexos, HIV/AIDS e parcerias globais para promover a inclusão de pessoas com deficiências ao redor do mundo. "Embora estejamos aplaudindo os esforços das Nações Unidas para erradicar a pobreza e a exclusão, estamos preocupados com o fato de que esses esforços não alcancem alguns dos cidadãos mais isolados, aqueles que têm deficiências". As pessoas com deficiências e suas famílias estão entre as mais pobres entre os pobres e têm a menor possibilidade entre todas de se beneficiarem do desenvolvimento programático tradicional. Os MDGs (metas de *Inclusion International*) estabelecem padrões elevados para se alcançar direitos e serviços essenciais e oferecem uma estrutura de trabalho para promover inclusão e direitos humanos. Porém, será que as Nações Unidas e as agências doadoras querem esses padrões para todos e investir em práticas de desenvolvimento que verdadeiramente promovam a inclusão? Nossas famílias estão esperando uma resposta (INCLUSION INTERNATIONAL, 2003).

Ainda, em análise das Metas para o desenvolvimento do Milênio, Richler (2005) defende a posição de que as instituições importantes multilaterais têm tentado focar seus esforços na redução da pobreza, em vez de simplesmente, focalizando o no crescimento econômico. Tem existido aumento do reconhecimento dos vínculos entre pobreza e deficiência – que a pobreza causa deficiência e a deficiência causa pobreza. Contudo, não houve ainda uma mudança correspondente nas estratégias de investimento nesse caso. No entanto, são necessárias definições mais novas que focalizem a capacidade, a exclusão social, ou a abordagem participativa.

Segundo a UNICEF (2003), no Brasil a maioria das crianças e dos adolescentes pobres vive no Norte e Nordeste e 75% têm origem nas áreas

rurais. Essas regiões também abrigam as crianças mais pobres (UNICEF, 2003). Crianças e adolescentes com deficiência têm maior probabilidade de viver na pobreza. 50% das crianças e adolescentes com deficiência moram em famílias que recebem menos do que a metade do salário mínimo (135 reais – aproximadamente 60 dólares por mês). A pobreza também é mais acentuada entre as crianças e os adolescentes com dificuldades auditivas com (55%). “Na Assembléia Mundial de Saúde, em 2005, foi mostrada a existência de uma forte relação entre pobreza e deficiência, em que a discriminação e a incapacidade física e financeira são capazes de limitar o acesso à educação e à saúde, o que agrava a morbidade e aumenta os custos do tratamento”. (ELIAS, MONTEIRO & CHAVES, 2008). Diante desse contexto, Norman Acton, ex-secretário Geral de “Rehabilitation International” diz:

A combinação de pobreza e deficiência revela uma perspectiva assustadora. Uma causa a outra e na presença de ambas se gera uma grande capacidade de destruir a vida das pessoas, assim como impor as suas famílias uma carga muito pesada a ser levada pelo resto da vida (APUD AMORIM e BLANCO, 2002 p.1).

No entanto, o que se observa no nosso cotidiano é que, se uma família tem uma pessoa com deficiência, ela geralmente deverá ficar em casa, acompanhada por um familiar, na maioria das situações, a mãe, que deve assisti-la. Conseqüentemente, esse familiar que irá dar sua atenção, não poderá trabalhar e não gerará rendas para a família. Dessa maneira, tanto a pessoa com deficiência como quem a assiste dependerão de uma renda familiar diminuída.

É sabível que, normalmente, as pessoas com deficiência terão maiores gastos para comprar bens e serviços relacionados com sua deficiência. Tais gastos devem ser cobertos com recursos da renda familiar, o que reduz ou impede o atendimento de outras necessidades da família.

Muitas vezes, em uma família encontramos pessoa com deficiência em condições e com desejo de produzir e trabalhar, mas que não consegue emprego devido à sua deficiência. Essa pessoa não somente não poderá gerar rendas para ela e para contribuir para a sua família, como também dependerá das rendas de outros membros do grupo familiar.

Estas situações, assim como outras, fazem com que as pessoas com deficiência tenham mais possibilidades de ser pobres e de permanecer pobres e, tendo em conta que a deficiência envolve - direta ou indiretamente - cerca de 25 % da população, esse tema deveria ser objeto de maior atenção do Governo Federal e dos Estados.

Afirma o Diretor-Geral da Organização Internacional do Trabalho -OIT- Juan Somavia. "Quando promovemos os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, estamos empoderando os indivíduos, enriquecendo as sociedades e fortalecendo as economias. Devemos intensificar nossos esforços para acelerar as mudanças "(OIT, 2007).

Portanto, a relação entre deficiência e pobreza ficou demonstrada diante do panorama que ora relatamos e nas pesquisas elaboradas pelos maiores órgãos de referência no país e no Mundo. Assim, percebe-se que se o risco de deficiência é muito maior entre os pobres, a recíproca também é verdadeira. O nascimento de uma criança deficiente ou o surgimento de uma deficiência numa pessoa da família pode significar uma carga pesada para os limitados recursos dessa família e afeta a sua moral, afundando-a ainda mais na pobreza. O efeito conjunto desses fatores faz com que a proporção de pessoas deficientes seja mais elevada nas camadas mais carentes da sociedade. Por essa razão, o número de famílias carentes atingidas pelo problema aumenta continuamente em termos absolutos. Os efeitos dessas tendências constituem sérios obstáculos para o processo de desenvolvimento.

Temos a seguir como análise, a questão da deficiência visual. Nesse sentido, elaboramos algumas questões preliminares explicando nossa opção pela escolha da deficiência visual, apresentamos as causas e sua história no mundo e no Brasil.

5 CONCEITUANDO DEFICIÊNCIA VISUAL

Cego
“É aquele que não vê seu próximo
morrer de frio, de fome, de miséria.
E só tem olhos para seus míseros
Problemas e pequenas dores”

5.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Conforme anunciamos na introdução desta tese, segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde, mais de 180 milhões de pessoas no mundo têm deficiência visual, sendo 45 milhões cegas e 135 milhões com baixa visão, correspondendo aproximadamente a 1% da população mundial. Mais de 90% delas encontram-se nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a população com deficiência visual é composta por cerca de 5% de crianças, enquanto os idosos são 75% desse contingente. A cada ano, 2 milhões de novos casos de cegueira registrados, 80% correspondem a indivíduos com mais de 60 anos de idade.

No Brasil existem hoje 16,5 milhões de deficientes visuais. Eles fazem parte do grupo mais numeroso entre as pessoas com algum tipo de deficiência. Representam 48% do total, dos quais 160 mil deles nada enxergam e os demais apresentam algum grau de perda visual.

O número de pessoas com deficiência visual aumenta em países com grandes desigualdades sociais e, no Brasil, isso acontece nas regiões mais pobres. A associação entre situação de deficiência e condições socioeconômicas é uma evidência empírica relevante.

A deficiência visual diz respeito à falta, insuficiência ou imperfeição da resposta visual que acarreta na diminuição ou situação irreversível da visão, em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e o uso de correções óticas (óculos convencionais e lentes de contato). É, portanto, uma limitação sensorial, na qual as pessoas com deficiência apresentam perdas visuais variáveis, que podem ir desde resíduos visuais, ausência da percepção de luz, até a ausência total do sentido da visão.

Em 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Educação de Deficientes Visuais (ICEVI) salientaram que o desempenho visual é mais um processo funcional do que simples expressão

numérica da acuidade visual, propondo o termo “baixa visão” para se referir aos sujeitos que possuem significativa alteração da capacidade funcional da visão e que não são considerados cegos. Nesse sentido, esse termo é definido como o comprometimento do funcionamento visual em ambos os olhos, mesmo após tratamento e ou correção de erros refracionais comuns.

No Brasil, de acordo com a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE é considerada uma pessoa com deficiência visual aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

Existe a cegueira parcial (conhecida como legal, econômica ou profissional). Nessa categoria estão os indivíduos apenas capazes de contar dedos a pouca distância e os que só vêem vultos. Próximos da cegueira total estão os indivíduos que só têm percepção e projeção de luminosidade. No primeiro caso, há apenas a distinção entre claro e escuro e no segundo (projeção) o indivíduo é capaz de identificar a direção de onde vem a luz.

A cegueira total (amaurose) pressupõe completa perda de visão. A visão é totalmente nula, ou seja, nem a percepção luminosa está presente e em oftalmologia isso significa visão zero.

Uma pessoa é considerada cega se corresponde a um dos critérios técnicos a seguir: visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos, isto é, se pode ver a 6m, o que uma pessoa de visão normal pode ver a 60 metros.

Os indivíduos podem ter cegueira de nascença ou adquirida ao longo da vida. É freqüente imaginar que toda pessoa com cegueira nasceu com tal problema visual, porém muitos são os casos de pessoas que adquiriram essa patologia. Eis aí uma diferença que se observa para habilidades dos portadores de cegueira.

Pedagogicamente, delimita-se como cego àquele que necessita de instrução em Braille (sistema de escrita por pontos em relevo) e como portador de visão subnormal aquele que lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de potentes recursos ópticos.

Há vários tipos de classificação. De acordo com a intensidade da deficiência, existe a deficiência visual leve, moderada, profunda, severa e a

perda total da visão. Diante do comprometimento de campo visual, temos o central, periférico e sem alteração. De acordo com a idade de início, a deficiência pode ser congênita ou adquirida. Existem algumas síndromes que provocam o nascimento de crianças classificadas pela OMS como surdocegas que é uma deficiência única que apresenta a perda da audição e visão de tal forma que a combinação das duas deficiências impossibilita o uso dos sentidos de distância, cria necessidades especiais de comunicação, causa extrema dificuldade na conquista de metas educacionais, vocacionais, recreativas, sociais, para acessar informações e compreender o mundo que o cerca. Tais crianças não são consideradas deficientes múltiplas, pois a origem de seu comprometimento se dá por uma única síndrome geneticamente surgida. Ex: Rubéola Congênita - A síndrome da Rubéola Congênita é uma infecção causada por vírus, transmitida ao feto por via transplacentária. As lesões são simultâneas ou isoladas. Quando essa febre eruptiva ocorre nos dois primeiros meses da gestação, o recém-nascido poderá vir a apresentar vícios de conformação representados por surdez neurosensorial e diferentes alterações oculares, dentre outros. Síndrome de Usher - Problema congênito. Dentre as manifestações clínicas dessa síndrome destacam-se a surdez, que se manifesta logo no início da vida e a perda visual que ocorre, geralmente, mais tarde.

Indivíduos surdo-cegos devem ser definidos como aqueles que têm uma perda substancial de visão e audição de tal forma que a combinação das duas deficiências cause extrema dificuldade na conquista de metas educacionais, vocacionais, de lazer e sociais.

O Dr. Marcos Ávila, Chefe do Centro de Referência em Oftalmologia da Universidade Federal de Goiás, presidente do XXXIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia, destaca dados recentes debatidos e analisados a seguir:

O Congresso de Oftalmologia realizado em Brasília em setembro de 2007, também avaliou os dados da realidade da cegueira que está atingindo, duramente, o dia-dia dos cidadãos e o futuro de milhões de famílias. De acordo com o levantamento feito pelo CBO e baseado em dados do Censo 2000 do IBGE e do IPEA, existem 1.462.298 pessoas cegas no Brasil.

Doenças como glaucoma, catarata, retinopatia diabética e DMRI (doença macular relacionada com a idade) são problemas comuns mais profundos e

muitas vezes irreversíveis alterações na visão. A catarata responde, por exemplo, por 48% dos casos – e 90% de todos os casos (1,4 milhão) atingiram a camada mais pobre da população. E, pior: 60% de todos os casos de cegueira são reversíveis.

De acordo com o Prof. Dr. Harley Bicas, as doenças infecciosas são responsáveis por 25% dos casos de cegueira no país. “O número elevado se deve, em parte, a problemas na gravidez”, disse ele, ao explicar que a catarata congênita é um caso típico de cegueira provocada por viroses e patologias. Harley Bicas é um dos autores da publicação *As Condições de Saúde Ocular no Brasil – 2007*, juntamente com os médicos Marcos Ávila, Rodrigo Almeida e Alexandre Taleb.

Segundo esses médicos, algumas medidas adotadas pelo governo e pela sociedade podem diminuir drasticamente o número de vítimas da catarata congênita, assim como o das demais causas prevalentes da cegueira.

Entre 2005 e 2007, surgiram mais de 40 mil novos cegos no Brasil – mais na população indigente (1,20%) e pobre (0,95%) e menos nas classes média (0,60%) e rica (0,30%).

A pesquisa também revelou que aproximadamente 10% da população – ou 18 milhões de brasileiros, de acordo com os números atualizados pela estimativa da população em 2006 – têm algum problema visual.

Preocupado com os números crescentes de casos de cegueira, o CBO entende que deverão ser tomadas iniciativas, tais como a retomada dos programas conjuntos entre o Poder Público e o CBO e um Programa de Erradicação da Cegueira no Brasil.

No entanto, de maneira genérica, pode-se considerar que, nos países em desenvolvimento, as principais causas são infecciosas, nutricionais, traumáticas e causadas por doenças como a catarata. Nos países desenvolvidos são mais importantes as causas genéticas e degenerativas. As causas podem ser divididas, também, em congênitas ou adquiridas:

Causas congênitas: amaurose congênita de Leber, malformações oculares, glaucoma congênito, catarata congênita.

Causas adquiridas: traumas oculares, catarata, degeneração senil de mácula, glaucoma, alterações retinianas relacionadas à hipertensão arterial ou diabetes.

Assim, podemos dizer que Cegueiras congênitas são aquelas que se apresentam no momento do nascimento ou em período imediato, como seria o caso da retinopatia do prematuro que ocorre mais amiúde em crianças prematuras, tratadas com altas concentrações de oxigênio, durante os primeiros dias de vida.

Há um percentual relativamente elevado de cegueira congênita. Ela tanto pode decorrer de malformações oculares ou cerebrais quanto de certas doenças intra-uterinas que afetam o globo ocular do feto, como a toxoplasmose e a sífilis. A rubéola, quando adquirida pela mãe nos 3 meses de gravidez, também provoca cegueira no feto.

Nos casos de cegueira em decorrência de traumatismo, este pode ser causado por pancadas, explosões ou outros acidentes capazes de afetar o aparelho visual. De modo geral, esses problemas são resolvidos com intervenção cirúrgica. Outra causa é a ingestão de certos medicamentos, como quirina, ou a intoxicação causada pelos sais de chumbo. As doenças infecciosas como lepra, meningite, difteria, escarlatina e mesmo algumas não contagiosas, como diabetes melito, podem provocar problema na retina ou catarata.

A cegueira em si não é uma doença e, sim, consequência de algumas doenças. “Existem doenças congênitas, traumáticas e adquiridas, que podem levar à perda da visão”, explica o Dr. Samuel Cukierman⁵. Para esse autor, algumas cegueiras congênitas são reversíveis, assim como a cegueira por glaucoma congênito, se operada precocemente. Cegueiras traumáticas, resultantes de acidentes, também podem ser reversíveis, se o paciente for atendido de forma correta em uma emergência.

Já as cegueiras adquiridas são provenientes de catarata senil, glaucomas não tratados, degeneração retiniana (principalmente a degeneração macular senil). “Essa cegueira que vem com a idade, hoje em dia, com a modernidade, é diagnosticada a tempo. As pessoas estão ficando mais velhas e há mais

⁵ Samuel Cukierman, Oftalmologista, membro emérito do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, da Academia Brasileira de Medicina e Reabilitação, da Sociedade Brasileira de Oftalmologia e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia e do Centro Brasileiro de Estrabismo.

diagnósticos. Isso está levando a muitas pesquisas sobre essa doença”, explica Samuel Cukierman.

Em um processo inicial de cegueira, é possível reverter-se o quadro. “Se o paciente vai ficar cego por glaucoma, por exemplo, e se for tratado com colírio e cirurgia, certamente você impedirá que ele perca a visão. O que é necessário é tratar na época correta”, diz o oftalmologista. “O que não é possível é reverter a cegueira por degeneração macular, por traumatismos não tratados, por causa de um tumor maligno, onde temos que tirar o olho, entre outros casos”, completa.

Um dos grandes desafios quando o assunto é cegueira também é o suporte psicológico que o deficiente precisa ter. “É preciso diferenciar a pessoa que nasceu cega da que ficou ao longo da vida. São casos absolutamente diferentes”, afirma o Dr. Cukierman (2007). Mas o suporte psicológico é fundamental, porque é ele que ajuda a pessoa a conviver com a cegueira e mostra que o mundo dela pode ser ampliado, mesmo com a deficiência, diz o oftalmologista.

Portanto, alguns tipos de cegueira, como a causada pela catarata, podem ser tratados por meio de cirurgia, com posterior uso de lentes. Em outros casos, usa-se aplicação de laser, quando a retina estiver lesada.

A melhor maneira de se evitar cegueira adquirida é observar hábitos de higiene, com a limpeza regular dos olhos e o cuidado com o contato com animais além de alimentação adequada. As vitaminas são fundamentais e a mais importante é a vitamina A, que evita a xeroftalmia, doença caracterizada pelo ressecamento da córnea e que provoca a chamada cegueira noturna. Há um percentual relativamente elevado de casos de cegueira congênita.

Levaremos em conta que essas crianças já enxergaram durante as primeiras etapas de vida. Esse fator é de grande importância na organização das diversas estruturas mentais que irão intervir no desenvolvimento sensório-motor e na interação social dessas crianças.

Então, é a visão que nos permite o reconhecimento do mundo externo e fornece o relato minucioso que registra simultaneamente posição, forma, cor, tamanho e distância. O déficit visual, portanto, não pode ser externo e fornece o relato minucioso que registra simultaneamente posição, forma, cor, tamanho e distância, não podendo ser encarado isoladamente. A cegueira está

intimamente relacionada com outros problemas, do tipo pobreza, que vai acarretar a falta de uma prevenção adequada na gestação materna, causando diversos tipos de cegueira que enfatizaremos no decorrer deste trabalho, assim como a organização psicomotora do indivíduo como um todo, além de causar-lhe uma série de transtornos sociais no seu cotidiano, mediante a discriminação e exclusão, gerando a desigualdade social.

Em resumo, concordamos com o IBGE, quando diz que deficiência visual é “uma incapacidade com alguma ou grave dificuldade permanente de enxergar” (IBGE, 2003).

5.2 HISTÓRIA DA DEFICIÊNCIA VISUAL

5.2.1 No mundo

A história da deficiência visual na humanidade é comum a todos os tipos de deficiências. Os conceitos foram evoluindo conforme as crenças, os valores culturais, a concepção de homem e as transformações sociais que ocorreram nos diferentes momentos históricos.

Sabe-se que, desde o Ebers Papyrus⁶, no qual aparece a mais antiga menção à doença de olhos, passando pela era dos bárbaros, que tratavam a cegueira por intermédio de drogas ou através do exorcismo ou, ainda, percorrendo a Grécia antiga pelos estudos de Hipócrates ou das sessões de incubação de Asclépio⁷, em Roma, até chegar às definições que se utilizam nos dias de hoje. Foi escrito no Egito (1.553 - 1.550 A.C.) e descoberto em 1.872, na Necrópole de Tebas. O livro trata da cura de doenças em geral e dá uma lista de nomes de vinte doenças de olhos. A preocupação com a cegueira

⁶ Ebers Papyrus é de aproximadamente 1.500a.C. Entre os papiros médicos egípcios, esse é o mais antigo e importante. Foi comprado em Luxor (Thebes), no inverno de 1873, por Georg Ebers e está, atualmente, na Biblioteca da Universidade de Leipzig, na Alemanha. (Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/ebers_papyrus. Acesso em: 13 mar. 2008. Tradução nossa.

⁷ Asclépio: “o Especulápio dos Latinos é simultaneamente o herói e o deus da Medicina [...]. Foi confiado pelo pai ao Centauro Quíron, que lhe ensinou medicina. Asclépio adquiriu rapidamente grande destreza nessa arte. Descobriu, inclusivamente, um meio de ressuscitar os mortos” (GRIMAL, 2005, pp.49250).

deve-se ao grande número de cegos no Egito, que foi chamado por Hesíodo, "o país dos cegos".

Apesar dos inúmeros registros históricos de personalidades cegas, como Homero (Historiador), Hellen Keller que é surdacega (Educadora), Jorge Luiz Borges (escritor), John Milton (Escritor) que, superando as diversidades sociais e a própria deficiência, conseguiram destacar-se nos ramos da literatura, das artes, da filosofia e das ciências em geral. Foi somente nos dois últimos séculos dos tempos modernos (séculos XVII e XVIII) que se começou a cogitar sobre a necessidade de as das pessoas cegas terem um atendimento educacional com meios próprios para sua condição (LEMOS, 2000). Segundo o autor,

A primeira notícia que se teve a respeito foi um livro descrevendo a cegueira e suas conseqüências, publicado na Itália, em 1646, de autoria desconhecida, sob forma de uma carta dirigida a Vicente Armani e que foi traduzida para o francês, obtendo na França mais repercussão do que no país de origem. "[...] Na Itália, em 1670, o jesuíta Lana Pérsia publicou outro livro, tratando dos problemas da instrução dos deficientes"; o que provocou na Inglaterra e na França grande interesse sobre as pessoas com deficiência visual (2000, p. 9).

Como já mencionamos, a trajetória do deficiente visual não é diferente das outras deficiências. Portanto, em grande parte das sociedades primitivas as pessoas com deficiência eram mortas ou abandonados. Assim, o infanticídio das crianças que nasciam cegas e o abandono dos que havia perdido a visão na idade adulta eram os procedimentos mais freqüentes (LOWENFELD, 1974; MECLOY, 1974; VASH 1988; AMARAL, 1994).

O estudo da cegueira é muito antigo, porém, o uso indevido de drogas, epidemias, guerras e outros fatores acidentais à cegueira foram aumentando, exceto em períodos esporádicos de nossa história.

A ocorrência da cegueira e seus diferentes significados inserem-se na própria história da humanidade. As mudanças de atitudes da sociedade que vem procurando uma nova forma de ver o deficiente, valorizando-o como pessoa, fazendo com que as diferenças individuais sejam respeitadas e não estigmatizadas, com referência à pessoa cega, são, na verdade, fato real. A pessoa cega tem sido, na maioria das vezes, excluída da sociedade e, de um

modo geral, os estigmas se fazem presentes nos grupos minoritários. Pode-se observar que numa época em que muito se fala em direitos humanos e cidadania, repensar os aspectos que envolvem os estigmatizados à luz da sociologia, antropologia e psicologia social pode contribuir para o entendimento dos movimentos em prol dos seres e de sua cultura, no intuito de reconhecer nossos preconceitos e contribuir para uma transformação da sociedade (GOFFMAN, 1988; AMIRALIAN, 1986; AMARAL, 1994; ANACHE, 1994; BRASIL, 1994).

No entanto, vale ressaltar, que se o cego for filho de família abastada, poderá ter bastante redução ou até mesmo uma eliminação definitiva das influências negativas provocadas pela cegueira. Então, se for filho de pobre, corre o risco de viver confinado, por toda a vida, num quarto escuro ou num fundo do quintal da sua família, ou morrer numa instituição especializada. Enquanto os cegos “brilhantes” são apresentados pelo nome e profissão de destaque na sociedade, os cegos das classes subalternas são mencionados, simplesmente, como cegos ou ceguinhos, de forma pejorativa.

A desnutrição constitui-se num dos principais problemas de saúde coletiva em escala mundial, por sua magnitude, suas conseqüências biológicas e seus danos sociais. Sua forma primária resulta da pobreza, das más condições ambientais e da marginalização social em que vivem certas populações de áreas urbanas periféricas e/ou rurais, afetando principalmente as crianças abaixo de cinco anos de idade. A desnutrição grave que ocorre no período pós-natal pode ocasionar lesões cerebrais permanentes, diretamente proporcionais ao grau da desnutrição. Essas lesões são responsáveis pelo retardo do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças desnutridas, o qual pode ser reversível, se a recuperação da desnutrição se fizer em condições socioculturais favoráveis, com a estimulação psicomotora da criança. Assim, não podemos deixar de ressaltar problemas visuais como a ambliopia que é uma diminuição da acuidade visual (visão) uni ou bilateral, onde não se encontra lesão ocular através do exame oftalmológico, que aparece em decorrência de obstáculos ao desenvolvimento da visão. Acontece dentro dos seis primeiros anos de vida e é reversível, quando tratada em tempo hábil. Suas causas mais freqüentes são: estrabismo (vesgo), e erro de refração (altos graus ou diferenças importantes de grau entre os olhos).

Para Mecloy (1974), a eliminação dos cegos e dos considerados inválidos não se dava somente pelas difíceis condições de vida da época. Nas sociedades primitivas, acreditava-se que as pessoas cegas eram possuídas por espíritos malignos e, manter uma relação com essas pessoas significava manter uma relação com um espírito mau. O cego, então, convertia-se em objeto de temor religioso. Em outros casos, muito freqüentes entre os primitivos, a cegueira era considerada um castigo infligido pelos deuses, e a pessoa cega levava em si mesma o estigma do pecado cometido por ele, por seus pais, seus avós ou por algum membro da tribo.

Na Antigüidade, no mundo, às pessoas que, por alguma razão, se afastavam dos padrões desejados, aceitos e ditos normais, como velhos, doentes e pessoas com deficiências, quando não correspondiam às exigências do meio, eram tratadas, ou com tolerância e apoio, ou com menosprezo e eliminação.

Em Atenas, na Grécia Antiga, os recém-nascidos com alguma deficiência eram colocados em uma vasilha de argila e abandonados. Já, em Esparta, onde o cidadão pertencia ao Estado, os pais tinham o dever de apresentar seus filhos aos magistrados, em praça pública. As crianças com deficiências eram consideradas subumanas, o que legitimava sua eliminação ou abandono, atitudes perfeitamente coerentes com os ideais atléticos e clássicos que serviam de base para a organização sociocultural dos espartanos. Em Roma, o procedimento mais comum também era o da eliminação e, várias situações cegavam-se os prisioneiros da guerra (MECLOY, 1974; PESSOTI, 1984;).

O que se percebe, em várias leituras, é que, em Roma, a educação para os deficientes se direcionava mais para o físico, visando a aperfeiçoar o corpo e, por isso, aqueles que não pudessem dar à pátria um trabalho físico perfeito, eram eliminados. A mentalidade hebraica interpretava a existência de defeitos como castigo, podendo-se desse modo, comparar esse pensamento com algumas atitudes que ainda hoje encontramos em pessoas que vêem a deficiência como um castigo divino.

Ainda, Mecloy (1974), durante a Idade Média, a cegueira foi utilizada como castigo ou como um ato de vingança. No século XI, Basílio II, imperador de Constantinopla, depois de ter vencido os búlgaros em Belasitza, ordenou que fossem retirados os olhos de seus quinze mil prisioneiros, fazendo-os

regressar para sua pátria. Um, em cada cem homens, teve um olho conservado para que pudesse servir de guia aos outros 99.

Diante do fortalecimento do Cristianismo, a situação das pessoas com deficiência teve um novo rumo. A pessoa humana elevou-se à categoria de valor absoluto e todos os homens, sem exceção, passaram a ser considerados filhos de Deus. O Evangelho dignifica o cego e, desse modo, a cegueira deixa de ser um estigma de culpa, de indignidade e transforma-se num meio de ganhar o céu, tanto para a pessoa cega quanto para o homem que tem piedade dessa pessoa (ROCHA, 1987; AMARAL, 1995).

Os séculos XVIII e XIX marcaram mudanças e avanços na história das pessoas com deficiência visual e a sua importância no contexto educacional. Foi somente com Rousseau que o assunto foi tratado de “forma objetiva, mostrando e propondo a necessidade de se criar, de fato, condições especiais para a educação dos cegos” (LEMOS, 2000, p.09). A proposição de Rousseau teve consequência prática, com a ação de Valentin Haüy, em que 1784, criou a primeira escola oficial para os cegos das classes pobres, como o Imperial Instituto dos Jovens Cegos de Paris, na França, a primeira escola do mundo destinada à educação de pessoas cegas. Daí em diante foram surgindo outras escolas, nas grandes capitais da Europa, baseadas na obra valiosa de Haüy. Também, na América, o movimento tomou amplitude e surgiram, nos Estados Unidos da América, quase no mesmo período, três instituições: em Boston, Filadélfia e em New York.

Porém, apesar do esforço e da boa vontade de Haüy, o Instituto acabou transformando-se apenas em local de mão-de-obra cativa para alguns tipos de atividades do capitalismo francês, já que a educação foi relegada a segundo plano. Enquanto isso, a instituição se converteu em mero internato, onde os cegos trabalhavam em troca de um teto e um prato de comida.

É inegável a importância que Valentin Haüy teve na história do Deficiente visual. Além da fundação do primeiro Instituto para os cegos, ele começou a utilizar letras em relevo, impressas sobre papel, para que pudessem ser lidas pelos cegos. Mediante esse procedimento, foram editados os primeiros livros que podiam ser lidos por cegos e videntes. Sabe-se que esse método teve pouca eficácia, embora facilitasse a leitura, mesmo de forma

lenta, pois deveria seguir o contorno das letras, no entanto a escrita tornava-se muito complicada ou, muitas vezes, nem existia.

A partir de Haüy, o primeiro a conceber a idéia da leitura de pontos em relevo foi um militar francês, Charles Barbier, que acabou transformando esse método no sistema de leitura e escrita utilizado para cegos, que foi, no começo, inventado como um código militar para que os soldados pudessem escrever e ler no escuro. Juntamente com o sistema, inventou a lousa e o punção para a escrita tátil.

O código foi idealizado como meio de transmitir mensagens à noite pelos soldados do exército sem que os inimigos pudessem ver. Analisando-se o método percebeu-se se que poderia usá-lo com os cegos, pois o código evidenciava o processo de escrita codificado por meio de pontos em relevo ou salientes, representando os trinta e seis sons básicos da língua francesa (AMÉRICO, 2002 p.15).

Portanto, em 1829, o grande passo em direção à total inserção dos cegos no mundo da palavra escrita se deve à obra do francês Louis Braille, cego desde os três anos de idade, em consequência de um acidente, que aprendeu a ler a partir do sistema de Valentin Haüy, mas se interessou muito pelo método de Barbier, tendo sido, aluno e professor desse Instituto. Inventou o Sistema Braille, criou seu código com uma combinação de seis pontos, organizados em duas filas verticais de três pontos cada uma que, combinados de acordo com o número e a posição, geraram 63 símbolos (suficientes para todo o alfabeto), números, símbolos matemáticos, químicos, físicos e notas musicais. Tal invenção abriu um novo horizonte para os cegos: a utilização de um mecanismo concreto de instrução e de integração social: Leitura e escrita que, até hoje, é a usada, em todo o mundo, pelos cegos. Ele morreu sem que seu sistema fosse reconhecido oficialmente (KIRK & GALLAGHER, 1996; MAZZOTTA, 1996).

É indiscutível como o Braille entrou na vida das pessoas cegas como um vertiginoso meio de integração social, abrindo um horizonte infinito de informação, educação, cultura, mercado de trabalho e comunicação. Ainda mais, o desenvolvimento da informática veio abrir um novo mundo recheado de possibilidades comuns de acesso à informação. Os softwares existentes (leitores de ecrã e sintetizadores de voz) podem ler todo o ecrã do computador,

uma determinada linha selecionada, uma palavra ou mesmo caracteres, quando se tem alguma dúvida sobre o que está escrito. Mas a informatização do segmento dos cegos depende muito dos recursos financeiros individuais, da atualização das instituições de/para cegos, das Faculdades e escolas regulares, que deverão absorver essas novas necessidades especiais.

Além dos *softwares* como os leitores de ecrã e os sintetizadores de voz, que traduzem em informação sonora o conteúdo visual do ecrã, existem outros programas como o *Openbook* e o *Jaws* que, conjugados, permitem a leitura sonora de qualquer informação em papel. Com o scanner, o *Openbook* passa o texto do papel para o ecrã e, depois, o *Jaws* encarrega-se de traduzir o conteúdo para informação sonora.

Hoje, um cego não só pode navegar pelas páginas da Internet como também produzi-las, participar de chats, ler jornais e revistas, fazer compras, fazer cursos on-line, ter acesso a manuais, à informação em geral, a prestadoras de serviços, enfim, a quase tudo o que a WEB pode oferecer aos seus utilizadores.

É notório que o avanço tecnológico está propiciando a inclusão social dos cidadãos com deficiência. Borges (1996, p.6) afirma que “uma pessoa cega pode ter limitações, que poderão trazer obstáculos para seu aproveitamento produtivo na sociedade”, mas ele aponta, ainda, que grande parte dessas limitações pode ser facilmente eliminada através de duas ações: uma educação adaptada à realidade desses cidadãos e o uso da tecnologia para diminuir suas barreiras.

No Brasil, praticamente pouco existe uma reflexão mais aprofundada sobre o dever institucional de se contribuir para a acessibilidade da informação para os deficientes visuais. São vários problemas enfrentados pelos deficientes visuais para sua inclusão informacional e inserção na sociedade.

Takahashi (2000, p.45) afirma que:

Inclusão social pressupõe formação para a cidadania, o que significa que as tecnologias de informação e comunicação devem ser usadas também para a democratização dos processos sociais, fomentar a transparência de políticos e ações de governo e para incentivar a mobilização dos cidadãos e sua participação ativa nas instâncias cabíveis.

Assim, o deficiente visual tem as mesmas possibilidades de se informar e se desenvolver, que uma pessoa vidente, precisando, somente, que tenha suas necessidades especiais supridas para exercer sua cidadania, seus direitos e deveres, tanto no setor social, como no econômico, político, cultural e profissional.

5.2.2 No Brasil

A história das pessoas com deficiência visual no Brasil não foi diferente da dos outros países. Elas foram vistas e tratadas de várias formas: abandonadas, mortas, excluídas, toleradas e segregadas. Porém, através de grandes lutas, as pessoas com deficiência vêm conseguindo um pouco de dignidade, com base em algumas mobilizações e reivindicações pela sua inserção social, principalmente daquelas provenientes da classe favorecida. Algumas pessoas com deficiência, familiares e simpatizantes iniciaram uma luta com o objetivo de se integrarem na sociedade com o direito de participação e organização, em condições de igualdade com os demais cidadãos sem deficiência.

Até 1986, com o objetivo de organizar uma proposta que envolvesse as pessoas com deficiência, seus direitos e garantias para a nova Constituição Federal, entidades de deficientes estiveram reunidas para a elaboração de um documento a ser apresentado às comissões. Entre essas entidades podem ser citadas a FEBEC- Federação Brasileira de Entidades de Cegos, a ONEDEF – Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos, a FENEIS – Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos, entre outras. Esse documento, com 14 itens apontados foi acatado em sua quase totalidade, passando seu conteúdo a fazer parte da Constituição Federal de 1988. Apesar dessa inclusão no texto constitucional, a grande maioria dos itens depende de regulamentação, sendo, para isso, necessária a força dos movimentos organizados, cujo poder de pressão e mobilização impulsionará o processo.

Atualmente, entre os movimentos sociais organizados e que abrangem pessoas com deficiência e pessoas ligadas à deficiência por motivos variados (pessoais, profissionais), podem-se destacar, na realidade brasileira, duas

formas de organização: os Conselhos de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDDPDs) e as Organizações Não Governamentais (ONGs).

Nesse Brasil, acompanhando o que acontecia pelo mundo em favor das pessoas com deficiência, além das reivindicações específicas do movimento dessa categoria, outro aspecto que contribuiu para alavancá-lo foram às atividades do Ano Internacional das Pessoas com Deficiência - AIPD (1981) instituído pela ONU, em 1976. Esse processo resultou das mobilizações das próprias pessoas com deficiência das diversas regiões do mundo. Atentos a estes acontecimentos, membros da ONU, encarregados da preparação do Ano Internacional, afirmaram que estava ocorrendo uma dramática mudança nas atitudes dessas pessoas.

É certo, que a luta pelos direitos dos cegos e das pessoas com visão reduzida, assim como das demais pessoas sem qualquer deficiência, objetivamente, está sempre entre as preocupações e os itens das pautas de reivindicações e mobilizações, enquanto bandeira de lutas, ainda que dentro dos limites e dos alcances das ações dos movimentos sociais populares, inclusive dos próprios cegos.

Diversas leituras revelam como a condição de classe é determinante no processo de desenvolvimento pessoal, educacional e profissional, bem como na inserção social digna de uma pessoa, seja cega ou não.

No Brasil, o atendimento às pessoas com deficiência visual teve seu início com José Álvares de Azevedo⁸, jovem cego brasileiro que ocupava um cargo importante junto ao Imperador D. Pedro II. Em “virtude da demonstração de sua capacidade acadêmica e cultural, foi o responsável por trazer ao país a idéia e a iniciativa da primeira criação de uma escola para o atendimento de pessoas cegas” (AMÉRICO, 2002, p.19), o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, fundado, no Rio de Janeiro, em 1854, pelo então Imperador D. Pedro II.

⁸ José Álvares de Azevedo (1834-1854): “pioneiro, missionário e idealista da Educação dos Cegos no Brasil. Ele foi o primeiro a exercer, particularmente, na cidade do Rio de Janeiro, a função de professor cego, após ter tido a oportunidade de se educar em uma escola para cegos, na França. Essa circunstância histórica [...] justifica o título honorífico [...] de Patrono da Educação dos Cegos no Brasil. [...] Deus não permitiu que ele gozasse de seu triunfo, pois seis meses antes [da inauguração do Imperial Instituto dos Meninos Cegos], o jovem cego morreu, no dia 17 de março de 1854, vítima de tuberculose, aos 20 anos de idade” (LEMOS, 2003, sp).

Ainda no Brasil, durante o regime de escravidão, com uma economia basicamente voltada para a monocultura, a exploração dos trabalhadores livres ou escravo produzia numeroso contingente de Inválidos, supostamente, inúteis, porque nem mesmo eles deixaram de ser explorados pelos proprietários rurais ou urbanos. Assim como aconteceu na Europa e, certamente, em outros continentes, aqui também, os cegos foram aproveitados para o trabalho, mesmo naquelas atividades consideradas de menor valor, na lógica da acumulação capitalista. Constatamos que:

[...] seja qual for a causa, a cegueira era muito comum entre os escravos. É lamentável encontrar com tanta freqüência um ou mais deles, levando barris cheios na cabeça, girando os globos oculares inúteis e tateando o caminho com seus bordões (LOBO, 1997 p.249).

Nessas condições sócio-econômicas, a educação dos cegos não era uma necessidade, muito menos havia necessidade e campo para a exploração da mão-de-obra de eventuais trabalhadores cegos, exceto em alguns exemplos acima apontados.

Naqueles tempos, a esmagadora maioria dos cegos brasileiros pertencia ao grupo dos escravos ou era das camadas de homens e mulheres livres, que viviam em situação pouco diferente daquelas dos escravos, considerados "coisa", sem direito algum.

Para Castel (1998) o que se esconde atrás da deficiência não é a erupção do patológico, mas o reino da desigualdade, que remete à deficiência de quem luta pela vida, com algum obstáculo no seu percurso. Então o reconhecimento da cidadania e da identidade do deficiente será seu retorno à vida.

É sabível que, a partir da década de 1980 e início dos anos 1990, as pessoas com deficiência, estão organizando-se e participando de Conselhos, Comissões, Fóruns. Procuram garantir, de alguma forma, que os direitos que conquistaram sejam assegurados e reivindicam outros, como acessibilidade ao trabalho e transporte; eliminação de obstáculos arquitetônicos e urbanísticos; solução de problemas envolvendo segurança e previdência social.

Nesse contexto, é possível admitir-se que esse movimento de luta pelos direitos da pessoa com deficiência, do ponto de vista organizacional, de expressão e inserção social, tenha ganhado maior relevância e consistência no bojo do processo das lutas sociais pela redemocratização do país.

Assim, o Instituto Benjamin Constant-IBC (Rio de Janeiro - RJ) foi criado pelo Imperador D. Pedro II, através do Decreto Imperial n.º 1.428, de 12 de setembro de 1854, tendo sido inaugurado, solenemente, no dia 17 de setembro do mesmo ano, com o nome de Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Este foi o primeiro passo concreto no Brasil para se garantir ao cego o direito à cidadania. Foi também a primeira instituição de Educação Especial da América Latina.

O IBC é a escola de cegos mais antiga da América Latina. Atualmente (2009), o IBC conta com 590 estudantes, sendo 25 matriculados na estimulação precoce (de 0 a 4 anos); 30 no Programa Educacional Alternativo-Prea; 27 na Educação Infantil; 48 na Classe de Alfabetização-CA; 101 nas turmas de 1ª a 4ª séries, 55 nas de 5ª a 8ª séries; 384 alunos reabilitandos, ou seja, pessoas adultas que enxergavam e ficaram cegas.

No campo da capacitação profissional, o Instituto Benjamin Constant oferece, ainda, diversos cursos na área técnico-pedagógica, como o de capacitação de professores, com carga horária de 600 horas. Outros cursos com bastante procura são os de braille, sorobã (calculadora), alfabetização, orientação e mobilidade, atividade de vida diária, educação física – atletismo, natação, futebol de cinco, goalball (modalidade esportiva praticada somente por pessoas cegas), escalada indoor, triatlo, produção e utilização de material especializado, técnicas e métodos de ensino ao aluno de baixa visão, estimulação precoce e atendimento a surdos e cegos.

Pode-se afirmar ter sido Benjamin Constant aquele que definitivamente consolidou o Instituto como escola, devendo-lhe o prestígio de âmbito nacional que viria a alcançar como primeiro educandário para cegos na América Latina. Tão grande era seu interesse pela integração social das pessoas cegas, que, mesmo já no exercício da Pasta do Ministério da Guerra e, logo após, como Ministro dos Correios e Instrução Pública, no ardor do incipiente regime republicano, não se descuidou dos problemas relativos à educação e enviou à

Europa uma Comissão para estudar e adquirir o que de mais moderno houvesse para o completo aparelhamento pedagógico da Instituição.

Deu ao Instituto seu terceiro Regimento Interno, já que o segundo fora expedido pelo Ministro do Império Luiz Pedreira do Couto Ferraz, em 18 de dezembro de 1854, ainda, portanto, na administração de Xavier Sigaud. Com essa reforma, Benjamin Constant buscava trazer para os alunos novas perspectivas, pois sua meta era o bem-estar deles, no seu mais amplo sentido. Tal respeito tinha por eles e neles tanto acreditava, que tinha por hábito levar, alternadamente, um grupo de alunos às reuniões republicanas que eram realizadas nas dependências do Instituto, inclusive àquelas de caráter decisório.

Atualmente, o Instituto Benjamin Constant vê seus objetivos redirecionados e redimensionados. É um Centro de Referência, em nível nacional, para questões da deficiência visual. Possui uma escola, capacita profissionais da área da deficiência visual, assessora escolas e instituições, realiza consultas oftamológicas para a população, reabilita, produz material especializado, impressos em Braille e publicações.

A Fundação Dorina Nowill para cegos, antiga Fundação para o Livro do Cego no Brasil foi oficialmente fundada em 11 de Março de 1946, pela iniciativa da professora Dorina de Gouvêa Nowill e da Sra. Adelaide Reis Magalhães, com a colaboração de um grupo de voluntários. Essa Fundação foi de grande relevância para os cegos, que teve as primeiras atividades da antiga Fundação para o Livro do Cego no Brasil destinadas exclusivamente a suprir as necessidades de livros em Braille para estudantes e pessoas cegas. Essas atividades, que inicialmente tiveram o apoio da Cruz Vermelha Brasileira, eram realizadas por um Grupo de Voluntários que transcreviam os livros em Braille, por processo manual.

Desde a sua criação, em 1946, a imprensa da organização já produziu mais de 185 milhões de páginas de livros didáticos de diversas disciplinas das áreas biológicas, exatas e humanas, além de partituras e clássicos da literatura. Além de produção em braille e em livros falados, agora existe também a produção de livros digitais, através da Biblioteca Digital Dorina Nowill. Os livros em braille e falados são distribuídos gratuitamente para mais de 1.300 organizações em todo o Brasil, como bibliotecas, universidades,

escolas e demais instituições que atendem deficientes visuais como o Instituto Benjamin Constant, Instituto de Cegos Padre Chico e Laramara, dentre outros.

No início do século XX, a escola segregada havia-se expandido e se consolidado como modelo de atendimento à pessoa cega, mas foi somente na segunda metade desse mesmo século, depois da Segunda Guerra Mundial e com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que se passou a pensar na possibilidade de atendimento à pessoa cega, na escola regular.

Assim, no fim da década de 1960 e no decorrer da década de 1970, estruturaram-se leis e programas de atendimento educacional que favoreceram a integração da pessoa cega na escola regular. A integração no período citado baseava-se principalmente no modelo médico de deficiência, que tinha como objetivo a adaptação da pessoa com deficiência, às exigências ou necessidades da sociedade como um todo (SASSAKI, 1998).

De acordo com Santos (1995, p.24), "até os anos 1980 a integração desenvolveu-se dentro de um contexto histórico em que pesaram questões como igualdade e direito de oportunidades". Durante a década de 1980, consolidou-se a integração da pessoa cega.

Portanto, podemos esclarecer que, em 1981, a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu o Ano e a Década da Pessoa Portadora de Deficiência, abrindo espaço nos meios de comunicação para uma maior conscientização da sociedade.

A partir da década de 1990, com a realização da Conferência Mundial de Educação para Todos (1990) e com a Declaração de Salamanca de Princípios, Política e Prática para as Necessidades Educativas Especiais (1994), passou a vigorar a "era da inclusão", em que as exigências não se referem apenas ao direito da pessoa com deficiência à integração social, mas sim, ao dever da sociedade, como um todo, de se adaptar às diferenças individuais (CORDE, 1994; SASSAKI, 1998; SANTOS, 2000).

De acordo com Sasaki (1998, p. 09), "a sociedade inclusiva começou a ser construída a partir de algumas experiências de inserção social de pessoas com deficiência, ainda na década de oitenta". Ainda, segundo o referido autor,

a inclusão social, portanto, é um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade através de transformações, pequenas e grandes, nos ambientes físicos e na mentalidade de todas as pessoas, portanto também do próprio portador de necessidades especiais (SASSAKI (1997, p. 42).

Sassaki (1997) define a inclusão social, como sendo um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade. Para ele essa nova organização social dar-se-á mediante transformações, pequenas e grandes, nos ambientes físicos e na mentalidade de todas as pessoas, portanto também do próprio portador de necessidades especiais (p. 42).

Entretanto, não podemos deixar de citar algumas Organizações Não Governamentais - ONGs que foram criadas para defender o interesse das pessoas com deficiência. As ONGs que representam os Direitos Humanos são dirigidas, em sua grande maioria, por pessoas sensíveis e esclarecidas, mas que ignoram as condições subumanas das pessoas com deficiência.

Uma das ONGs bastante reconhecida é a **Laramara** – Organização Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual, centro de referência no trabalho em parceria com a família, escola e comunidade para a promoção do processo de desenvolvimento, aprendizagem e inclusão da pessoa com deficiência visual: cegos, pessoas de baixa-visão, múltipla deficiência e surdocegos. Essa ONG foi criada em 7 de setembro de 1991, visando apoiar a inclusão da pessoa com deficiência visual na sociedade. É um espaço de referência e excelência no diagnóstico e habilitação de crianças e jovens, vindos de todo o Brasil para avaliação oftalmológica, avaliação funcional da visão e do desenvolvimento integral.

Nesses 12 anos de trabalho, recebeu 7.000 famílias e possui 700 crianças e jovens integrados em algum tipo de programa ou serviço. O programa de Preparação para o Trabalho capacitou cerca de 500 jovens em seus cursos.

A busca por recursos pedagógicos e brinquedos adequados, o desenvolvimento e a adaptação de materiais, métodos e técnicas inovadoras têm sido alvo de constante pesquisa, levando à criação de um espaço aberto ao público para demonstração e venda.

Destacamos também a **OnG Vez da Voz** – Criada em 2004, com o objetivo de promover a interação entre pessoas com e sem deficiência. Para

isso, atua em diversas frentes com a produção de materiais didáticos em *braille* e datilologia (alfabeto escrito para surdos); eventos inclusivos em *shoppings* e feiras; palestras em escolas e universidades e treinamentos em empresas. Também tem como meta mostrar à sociedade como é possível integrar todas as formas de comunicação, independente das diferenças. Por suas ações, a Vez da Voz já conquistou o selo de apoio institucional da Organização das Nações Unidas e firmou parcerias com grandes empresas comprometidas com a responsabilidade social.

Constantemente, a ONG faz pesquisas com pessoas com deficiência visual, auditiva, física e intelectual, com o objetivo de descobrir suas reais necessidades. Foi a partir dessa interação que os membros da Vez da Voz desenvolveram mais um produto inclusivo: o Telelibras, o primeiro telejornal inclusivo da *internet* brasileira, que transmite, em português e na língua brasileira de sinais (Libras), notícias variadas do Brasil e do mundo. O telejornal bilíngüe é voltado para as pessoas com deficiência auditiva e para os interessados em aprender a libras.

A Vez da Voz criou esse projeto porque os surdos relataram suas dificuldades de compreensão das notícias jornalísticas veiculadas nos meios de comunicação. Ler um jornal ou uma revista, por exemplo, é extremamente difícil para surdos que se comunicam apenas por libras. A língua de sinais é própria e apresenta uma gramática completamente diferente da do português. Para os surdos que usam sinais, a frase em Português “vou para a casa dele” se transforma em “vou ele casa”. Esse é apenas um pequeno exemplo da barreira que eles têm de transpor ao tentar ler e entender o português. Para acompanhar os noticiários da televisão há possibilidade, em alguns televisores, de ativação de uma tecla que permite o acesso ao *closed caption*, sistema de transmissão de legendas via sinal de televisão. Ele descreve as falas dos apresentadores e também qualquer outro som presente na cena, como palmas, passos, trovões. Porém, muitas vezes, a captura do áudio não é a correta para o som da língua e ocorre uma distorção da mensagem falada, resultando na escrita de uma palavra errada na tela da TV.

Outra alternativa utilizada pelas emissoras de TV para a comunicação com o surdo, principalmente com os que não entendem o português, é a janela de libras. Seu formato corresponde a um espaço delimitado no vídeo, onde as

informações são interpretadas na língua brasileira de sinais. Porém, nem todos os programas televisivos contam com esse recurso e, quando o disponibilizam não o fazem em um formato adequado. Para se entender a libras é necessária a visualização dos gestos das mãos e da expressão facial, mas, normalmente, a veiculação da imagem é feita em pequenas janelas no canto da tela (VEZ DA VOZ, 2007).

Por fim, citamos a Associação de Deficientes Visuais e Amigos (**ADEVA**) fundada em 9 de agosto de 1989. A Adeva é uma organização da sociedade civil de interesse público, apartidário, sem fins lucrativos, atuante em São Paulo–SP e em cidades vizinhas. Fundada em nove de agosto de 1989. Conta com associados deficientes visuais e não-deficientes que participam, em igualdade, dos direitos e deveres. Ela mantém seus projetos por meio da colaboração de associados contribuintes, doações/patrocínios, parcerias, receita de eventos e da produção de impressos em Braille. Foi o início do trabalho pioneiro de ampliação de livros, cartilhas e apostilas para alunos da rede de ensino do Estado de São Paulo e da gravação em fita magnética de material técnico e didático.

Portanto, a sociedade para todos é consciente da diversidade humana (origem nacional, sexo, religião, gênero, cor, idade, raça e deficiência) e se estrutura para atender às necessidades de cada cidadão. Assim, resgata-se, o princípio maior da Declaração Universal dos Direitos Humanos que é: **Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos.**

Após essas discussões, evidenciaremos, no capítulo a seguir, as políticas educativas traçadas para as pessoas com deficiência.

6 AS POLÍTICAS EDUCATIVAS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A pessoa com deficiência no mundo e especialmente no Brasil foi muito influenciada pelos movimentos de luta em torno da garantia de seus direitos sociais. Ao longo dessa trajetória, verificou-se a necessidade de serem reestruturados os sistemas de ensino, que devem organizar-se para dar respostas às necessidades educacionais de todos os alunos. O caminho foi longo, mas, aos poucos, está surgindo uma nova mentalidade, cujos resultados deverão ser alcançados pelo esforço de todos, no reconhecimento dos direitos dos cidadãos. O principal direito refere-se à preservação da sua dignidade e à busca da sua identidade como cidadãos.

A Constituição Federal de 1988 reserva vários dispositivos que garantem os direitos de cidadão as pessoas com deficiência. Desses, o mais divulgado é o artigo 208, inciso III, por estabelecer o direito ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino. Esse dispositivo tem conferido novo vigor às propostas de se oferecerem iguais oportunidades de educação às pessoas com necessidades educacionais especiais e legalidade constitucional aos discursos que enfatizavam o ensino regular como a melhor opção escolar para essa população.

A luta pelas pessoas com deficiência tem como referência, entre outras, a Declaração dos Direitos do Homem, de 1948, onde se afirma que “todo homem tem direito à instrução” (art. XXVI). Esse direito foi reafirmado com a proclamação da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (1975), com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (1989) e com a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990) (SOUZA & PRIETO, 2002).

Nesse sentido, cabe ressaltar alguns aspectos, mesmo que discretos, sobre a educação das pessoas deficientes. Primeiro, no tocante à afirmação da educação enquanto direito de todos os brasileiros, é possível compreender-se que isso possa realizar-se independente das diferenças individuais, sociais, lingüísticas, físicas, sensoriais, dos indivíduos, considerando não apenas as pessoas com deficiências.

A Educação sistematizada das pessoas com deficiência, que passou a ocorrer nesse período se restringiu basicamente aos filhos da nobreza e da

nascente burguesia enriquecida, os quais puderam usufruir de sua condição de membros das elites. Os demais estavam largados à própria sorte.

Essa massa não tem nome, não tem história, não tem pátria. Eram juntamente como muitos outros que não quiseram ou não puderam se submeter à nova ordem, a escória da qual nada mais resta senão as estatísticas dos asilos e a menção dos que faziam micagens na feira ou que tocavam desafinadamente uma rabeca pelas ruas em troca de alguns níqueis (SILVEIRA BUENO, 1993, p.63).

Foi por volta da metade do século XX que o paradigma da Institucionalização começou a ser criticamente examinado e denunciado como sendo uma prática que violava os direitos do homem. Esta crítica estava inscrita dentro de um contexto marcado pelo crescimento da luta pelos direitos humanos de todas as minorias sociais. Esse movimento levou ao estabelecimento do modelo da integração.

Assim é possível fazer-se essa interpretação, mesmo sabendo-se que está clara no texto Constitucional, ao se enfatizar que a Declaração sobre o Desenvolvimento e Progresso Social proclamou a necessidade de proteção do direitos e de se assegurar o bem-estar e reabilitação daqueles que estão em desvantagem mental.

Torna-se necessário prevenir deficiências e prestar assistência a estas pessoas para que possam desenvolver suas habilidades nos mais variados campos de atividades, promovendo sua integração na vida normal.

Assim, mesmo com leis, e decretos, a pessoa com deficiência precisa lutar para ter acesso aos bens e serviços mínimos adequados a uma vida digna. Historicamente, deficiência e suas decorrências têm sido uma questão de assistência social e não de direito. Espaços de organização da sociedade civil que luta pelos direitos das pessoas deficientes é terreno fértil para a participação e avanço da cidadania. No movimento social se efetivam ações coletivas organizadas para superação da opressão em que se encontram os deficientes e seus familiares.

Movimentos nacionais e internacionais têm buscado o consenso para a formatação de uma política de integração e de educação inclusiva, sendo que o seu ápice foi a Conferência Mundial de Educação Especial, que contou com a participação de 88 países e 25 organizações internacionais, em assembléia geral, na cidade de Salamanca, na Espanha, em junho de 1994 (MACIEL, 2000 p.1).

Nota-se que, na Constituição Federal de 1988, é registrada, no texto, pela primeira vez, uma diretriz específica, garantindo o atendimento educacional especializado dos Portadores de Deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208, inciso III).

A Educação Especial, mesmo considerada, na referida LDB, como uma modalidade de ensino, muitas vezes é colocada à margem do sistema escolar. E de se esperar que isso tenha conseqüências no atendimento dos alunos com deficiências.

É sabível, que não basta que se instituem os dispositivos legais, como: o Art. 208, inciso IV, parágrafo 1º, que se refere ao acesso ao ensino obrigatório e gratuito como direito público e subjetivo. Entretanto, percebe-se a existência de muitas crianças com necessidades educativas especiais fora da escola, por falta de vagas, adaptações, profissionais qualificados.

Ainda, a Lei 10.098/00 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidades reduzidas. O que se observa é que, mesmo com a Lei da Inclusão, as escolas continuam sem modificações arquitetônicas para receberem as pessoas com deficiência, isso sem se falar nas ruas, prédios, repartições, A Lei nº 9394/96, no seu art. 59, inciso III, diz: professores com especialização adequada em nível médio ou superior para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular, capacitados para a integração desses educandos nas salas comuns. Pode-se dizer que os gestores públicos não tratam essa questão com seriedade, não valorizando a qualificação do professor, tendo em vista a necessidade de procedimentos pedagógicos especializados.

Ressalte-se que na CF/88, são encontrados vários princípios jurídicos fundamentais que garantem direitos contemplados as pessoas com deficiência, assim como garantem a igualdade de direitos no trabalho,

assistência social especial, adaptações materiais, físicas e sociais, visando-lhes proporcionar condições adequadas de acesso aos bens sociais e locomoção, o mais independente possível, além do direito ao ensino especializado. Não se pode, assim, negar o avanço, mas é imprescindível assegurar às pessoas com deficiências, condições para usufruí-lo.

Reafirmando a presença de garantias legais e responsabilidade das esferas públicas em manter e desenvolver a educação escolar brasileira e, mais especificamente, serviços e auxílios educacionais especiais, Mazzotta (1996) considera que: “[...] a partir da CF/88 e das Constituições Estaduais de 1989, tal responsabilidade tem sido mais largamente assumida e cumprida pelos Municípios”.

No entanto, outro fator que assume destaque na CF/88 é o seu caráter descentralizador, com tendências municipalistas como destacam Pralon e Ferreira (1998), no Art. 30, que

[...] estabelece a competência dos Municípios e reflete a tendência à Municipalização das Políticas Públicas, destacando-se as áreas de educação pré-primária e ensino fundamental e de saúde - ambas realizadas através de programas que contam com a operação técnica e financeira do Estado e da União.

Posteriormente, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB nº. 9394, de 20 de dezembro de 1996, a Educação Especial deve ser oferecida, preferencialmente, na rede regular de ensino, para educandos com deficiência.

Já a Lei 8.069/90, sobre o estatuto da Criança e do Adolescente, no art. 5º, é contundente: “nenhuma criança ou adolescente serão objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão, punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão aos direitos fundamentais”. No entanto, apesar dessas e outras normas legais, no Mundo e, particularmente, no “Brasil-Escola”, existe exclusão das pessoas com deficiência.

Como citado acima, em 1994, a Declaração de Salamanca, resultante da Conferência Mundial sobre Necessidades Educacionais Especiais ocorrida na Espanha, referenda “o princípio da integração” e pauta-se “no reconhecimento

das necessidades de ação para se conseguir 'escolas para todos'. Significa dizer que as instituições trabalhem na perspectivas da inclusão, do reconhecimento das diferenças da promoção de aprendizagens.

As escolas devem acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas. Intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras. Devem acolher crianças com deficiências e crianças bem dotadas; crianças que vivem nas ruas e que trabalham; crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias lingüísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos ou zonas desfavorecidas ou marginalizadas (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994, p.9).

É necessário que os indivíduos sejam vistos e respeitados em suas diferenças e que os direitos, que há tanto tempo os deficientes almejam, sejam compreendidos, antes de tudo, com respeito ao modo como as relações sociais se estruturam em determinadas sociedades. Para Sassaki (1997) a inclusão é apresentada, portanto, como um momento contemporâneo da Educação Especial, mas, para muitos, as práticas de exclusão, segregação e integração ainda são praticadas em várias partes do mundo, só que de maneira bastante sutil.

As referências usualmente feitas de inclusão no campo da educação consideram as dimensões pedagógicas e legais da prática educacional, sem dúvida, dois campos importantes quando se pretende a efetivação desses ideais. No entanto, uma importante ampliação da discussão sobre os caminhos das políticas públicas para a inclusão escolar seria a consideração do contexto de uma sociedade inclusiva.

Para Santiago (2003), a inclusão vem seguindo um novo modelo, enquanto, na integração tem-se um modelo médico de explicação da deficiência e de todas as ações educacionais voltadas para os indivíduos que seguem essa orientação. Na inclusão, o modelo é explicativo e social. Segundo o modelo social da deficiência, o foco não é a pessoa, mas a sociedade.

A inclusão escolar, fortalecida pela Declaração de Salamanca, no entanto, não resolve todos os problemas de marginalização dessas pessoas, pois o processo de exclusão é anterior ao período de escolarização, iniciando-se no nascimento ou exatamente no momento em que aparece algum tipo de

deficiência física ou mental, adquirida ou hereditária, em algum membro da família. Isso ocorre em qualquer tipo de constituição familiar, sejam as tradicionalmente estruturadas, sejam as produções independentes e congêneres e em todas as classes sociais, com um agravante para as menos favorecidas (MARCIEL, 2000).

A partir da análise e adequação dessas estruturas e do levantamento de alternativas que favoreçam o desenvolvimento dos alunos, em geral, e das pessoas com necessidades educativas especiais, em particular, é que a inclusão escolar deve ter início. Assim, é necessário analisar se o ambiente de aprendizagem é favorável; se existe oferta de recursos audiovisuais; se ocorreu a eliminação de barreiras arquitetônicas, sonoras e visuais; se existem salas de apoio pedagógico para a estimulação e o acompanhamento suplementar, se os currículos e as estratégias de ensino estão adequados à realidade dos alunos e se todos os que compõem a comunidade escolar estão sensibilizados para atender a pessoa com deficiência com respeito e consideração.

Mesmo contando com todos esses documentos, ainda estamos longe de atingir a totalidade com qualidade social no atendimento escolar dispensado aos alunos com necessidades educacionais especiais. Segundo Odeh (2000), “encontram-se, na literatura brasileira, especializadas estimativas e referências variadas sobre o atendimento em educação especial para crianças com deficiências”. Na apresentação das informações, revela-se que, na melhor das hipóteses, o índice de atendimento escolar dessa população não ultrapassa 10%. Essa variação nos dados revela a necessidade de se investir na construção de instrumentos que permitam levantar informações precisas sobre essa população.

É interessante se considerar que os serviços e o atendimento da pessoa com deficiência garantidos na lei estão muito longe de serem alcançados. Quando se trata de escola, da carência de recursos pedagógicos e da fragilidade dos professores para lidar com essa clientela esses elementos estão sempre demonstrado com clareza a verdade dessa afirmação.

Desse modo, não podemos negar que a luta dos deficientes foi realmente um avanço social muito importante, pois teve o mérito de inserir esse indivíduo na sociedade de forma sistemática, se comparar aos tempos de segregação.

Um dos fatores que certamente corrobora para essa variação é a imprecisão que se pode evidenciar na definição de alguns dos conceitos utilizados nos documentos legais, que servem de referência em educação especial e para a própria coleta de dados, tal como veremos a seguir.

Nos documentos oficiais elaborados entre 1988 e 2001 podem ser localizadas várias mudanças na terminologia adotada para se identificar o alunado da educação especial. Enquanto no texto da CF/88 o atendimento educacional especializado é conferido aos portadores de deficiência, na LDB/96 a denominação adotada é educando portador de necessidades especiais.

Ainda que numa perspectiva particular de interpretação se possa conferir à segunda expressão possibilidade de abarcar outros alunos além dos portadores de deficiência, não há explicitação no texto da LDB/96 sobre a população de referência e, muitas vezes, essas expressões são erroneamente utilizadas como sinônimas tais como ocorre no PNE/01, posteriormente retomado.

No entanto, a abrangência da expressão necessidades especiais pode situar-se, tanto nos limites explicitados pela Política Nacional de Educação Especial (1994), como pela Declaração de Salamanca (1994). O primeiro documento estabelece que são alunos com necessidades especiais aqueles que apresentam deficiência (mental, auditiva, física, visual e múltipla), superdotação ou altas habilidades ou condutas típicas devido a quadros síndromicos, neurológicos, psiquiátricos e psicológicos que alterem sua adaptação social a ponto de exigir intervenção especializada. Já, a Declaração de Salamanca (1994) advoga que esses alunos apresentam dificuldades de escolarização decorrentes de “condições individuais, econômicas ou socioculturais”, destacando como exemplos as

[...] crianças com condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais e sensoriais diferenciadas; crianças com deficiência e bem dotadas; crianças trabalhadoras ou que vivem nas ruas; crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias lingüísticas, étnicas e culturais; crianças de outros grupos ou zonas, desfavorecidos ou marginalizados (1994, p.15).

Na Constituição, destacam-se dispositivos cujo sentido é garantir a essas pessoas o direito a um convívio social equilibrado, o direito social ao trabalho e a proibição de qualquer tipo de discriminação, ainda que no tocante a salários e critérios de admissão. Portanto, procuramos fazer uma breve análise no tocante aos direitos da pessoa com deficiência, em relação ao mundo do trabalho.

Ainda a Constituição Federal de 1988, na Seção IV – Da Assistência Social, Artigo 203, Inciso V, determina "a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a Lei". A Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, nos seus Artigos 2º, inciso V, 20 e 21, regulamenta esse benefício assistencial, garantindo 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família e o identifica como o Benefício de Prestação Continuada - BPC.

Portanto várias críticas são direcionadas a esse Benefício, onde se considera incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso, a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo; Aldailza Sposati, no 4º Fórum de Previdência Social, em Brasília. (2007) afirma que há críticas ao BPC, mas partem de um pensamento que não entende o objetivo do benefício social. "A Constituição atribui ao Estado a proteção social não contributiva a pessoas sob indigência, idosas ou com deficiências sob forma de indigência. "Não posso imaginar que quem está lutando para ter um emprego vai ter uma vida ferrada, com ¼ de renda até o final da vida".

Diversas leis também dispõem a respeito dos direitos do deficiente e do idoso inclusive disciplinando sua inserção no mercado laboral e punindo, com rigor, o preconceito de que normalmente são vítimas.

Sensível a essa problemática, o Brasil, seguindo uma tendência mundial, ante o crescente desemprego, com consequências mais graves quando se trata de pessoas com deficiência ou pessoas reabilitadas, cuidou, através de lei, de estabelecer "reserva de mercado" em benefício dessas pessoas,

consignando no art. 93, da Lei n.º 8.213/91 (Plano de Benefícios da Previdência Social):

Art. 93 - A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência habilitadas na seguinte proporção:

- I – até 200 empregados: 2%
- II - de 201 a 500 empregados: 3%
- III - de 501 a 1000 empregados: 4%
- IV - de 1001 em diante: 5%

O preceito legal permaneceu adormecido, como mencionado, e a partir de 1999 perceberam-se, finalmente, as primeiras movimentações no sentido de lhe dar cumprimento efetivo. É que somente no fim de 1999, a questão da inserção das pessoas com deficiência ficou melhor esclarecida, com a edição do Decreto n.º 3.298, de 20/12/99, que dedicou sua Seção IV para tratar justamente do seu acesso ao mercado de trabalho. Mais especificamente em seu art. 36 (2), o mencionado decreto reiterou o já contido na Lei n.º 8.213/91 e expôs, de forma mais precisa, sobre a questão da inserção das pessoas com deficiência no mercado laboral.

Vale ressaltar uma discrepância salarial: segundo os dados apresentados pelo Censo de 2000, a renda média de trabalho das pessoas **sem** deficiência era de R\$ 643,00, enquanto que a média de renda das Pessoas com Deficiência era de R\$ 529,00.

Cabe destacar que a “Lei de Cotas” implementada em 1999, estipula pisos percentuais diferenciados de contratação de empregados, pessoas com deficiência, dependendo da empresa. Por exemplo, empresas entre 500 e 1000 funcionários tem de contratar pelo menos 4% de pessoas com deficiência, enquanto as empresas acima desse porte têm de dispor de 5% ou mais de pessoas com deficiência em seu quadro funcional (NERI, 2002).

As grandes empresas estão longe de adequar-se à Lei. As empresas empregadoras de 100 a 200 funcionários são responsáveis por 8,5% do emprego formal e são obrigados a reservar 2% de seus postos para pessoas

com deficiência, apresentando uma taxa de empregabilidade média de 2,7% de PPDs.

Quando são examinadas empresas que possuem de 501 a 1000 empregados, responsáveis por 8,6% dos postos de trabalho formais, observamos uma taxa de empregabilidade de pessoas com deficiência de 2,8% contra 4% da cota exigida. Descumprimento similar à lei é observado nas empresas com mais de 1000 funcionários, pois a legislação determina que essas empresas ofereçam pelo menos 5% de seus postos trabalhos às pessoas com deficiência contra 3,6% da taxa observada na prática. Cabe destacar que se as empresas cumprissem a lei, criaram mais de 500 mil postos para pessoas com deficiência, dobrando os dados atuais.

Concordamos com Néri (2003), quando afirma que existe um seleto grupo de pessoas com deficiência bem sucedidas em termos de emprego, aquelas que conseguem um posto no mercado formal de trabalho. Para que não se crie confusão, é de se ressaltar que o Decreto n.º 3.298, de 20/12/99, em verdade, regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24/10/89 e não o art. 93, da Lei n.º 8.213/91, embora seus preceitos tenham profunda relação com ele.

Reiterando o conteúdo precioso do §1º, do art. 93, da Lei n.º 8.213/91, o Decreto estabeleceu, em seu art. 36, § 1º, que a pessoa com deficiência efetivamente contratada só poderá ser dispensada após a contratação de um substituto em condições semelhantes. Com isso, não buscou proporcionar estabilidade a essas pessoas em seus cargos, como pensaram alguns, a princípio, mas apenas ofereceu instrumentos de obstar qualquer intenção de empregadores menos escrupulosos, de efetuarem um cumprimento inicial da lei, para mostrarem adaptação aos órgãos fiscalizadores, e, num momento posterior, silenciosa e gradativamente, eliminarem essas pessoas de seus quadros.

Também é de se destacar a Instrução Normativa n.º 20/2001, do Ministério do Trabalho e Emprego, que dispõe sobre os procedimentos a serem adotados quando da fiscalização das relações de trabalho das pessoas com deficiência nas empresas, que, entre outros pontos, orienta que não pode ser considerada relação a ser abatido na cota legal quando é realizado por pessoas com deficiência em oficinas terapêuticas (em nenhuma hipótese) ou, em se tratando

de oficinas de produção, caso estejam ausentes os requisitos caracterizadores de vínculo empregatício nos moldes celetistas (art. 3º, CLT).

Estabelece, também, que não é de se considerar parte da cota a ser cumprida as pessoas com deficiência que prestam serviços por meio de empresas terceirizadas. Nesse caso, o número de pessoas com deficiência contratadas pode muito bem ser descontado do percentual que essas empresas prestadoras de serviços que, porventura, possuam mais de 100 empregados, estejam obrigadas a cumprir, mas nunca da tomadora dos serviços, posto que os prestadores não compõem seus quadros e não são seus efetivos empregados.

Outra importante questão tratada no bojo da mencionada Instrução Normativa é de que o percentual a ser aplicado, previsto na legislação, deverá incidir sobre o número total de trabalhadores do empreendimento, quando se tratar de empresa com mais de um estabelecimento. Isto é de fundamental importância, posto que, se aplicado o percentual da lei sobre o número de empregados de cada estabelecimento individualizado, integrante de uma mesma rede ou grupo empresarial, em vez de fazê-lo incidir sobre o número total de empregados do grupo, é considerável a redução do número de vagas reservadas, em detrimento das pessoas com deficiência.

Destaque-se de seu conteúdo, por fim, a determinação de que as frações de unidade, qualquer que sejam, quando do cálculo da incidência do percentual sobre o número de empregados, significarão a contratação de um trabalhador, sendo sempre arredondadas para o número inteiro maior que o resultado percentual.

É importante evidenciar que, de acordo com a RAIS – Relatório Anual de Informações Sociais – no Brasil existem 31.979 estabelecimentos com mais de cem empregados. Se todos cumprissem a reserva legal, seriam gerados 559.511 postos de trabalho a serem ocupados pelas pessoas com deficiência, lamentavelmente, número suficiente para empregar apenas 3,7% das 15,14 milhões em idade adequada e com condições para trabalhar.

Portanto, é necessário que a inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho seja consequência natural da superação de preconceitos e efetuada de forma natural, e não somente até que se atinja determinado percentual previsto em lei, que consoante o demonstrado não atenderá a todo

o universo de pessoas com deficiência aptas ao trabalho. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao processo de qualificação das pessoas com deficiência, quando se trata de oportunidades de escolarização e de mercado de trabalho, com uma efetiva e eficiente qualificação. A permanência no mercado de trabalho implica concorrer às vagas, com competências e habilidades específicas para o desempenho da função profissional. A vaga no mercado passa, nessa perspectiva, a ser convenientemente ocupada, pela qualificação, não por assistencialismo da condição de deficiente. Elas enfrentam duplamente as fragilidades e as discriminações do próprio sistema educacional.

Na prática, constata-se que muitas dessas pessoas são friamente eliminadas da possibilidade de uma participação ativa na sociedade, em razão de obstáculos materiais que, a propósito, já deviam ter sido eliminados por força do que dispõem os arts. 227, §2º, e 244, da CF/88, art. 2º, V, 'a', da Lei n.º 7.853, de 24/10/89 (4), bem como a Lei n.º 10.098, de 19/12/2000 (5), que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência com mobilidade reduzida, determinando a supressão de barreiras e obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção, na reforma de edifícios, nos meios de transporte e de comunicação.

No ambiente de trabalho, por meio de uma aplicação mais ampla dos princípios ergonômicos, é possível a adaptação, quase sempre a um custo reduzido, das ferramentas, do maquinário e do material, ajudando a aumentar as oportunidades de emprego para essas pessoas. Em outros casos, sequer isso é necessário, pois elas se superam e desenvolvem formas diferenciadas de exercerem suas funções, sem necessidade alguma de modificação do posto de trabalho e sem que haja constatação de queda na produção, como já concluíram os estudos especializados, o que traz por terra o frágil argumento dos opositores da política de inclusão que, temendo diminuição dos seus lucros, lamentavelmente, buscam convencer a opinião pública de que a melhor medida seria a viabilização de políticas assistencialistas, para se atender às necessidades vitais e básicas dessas pessoas, pregando a segregação, por linhas transversas.

Por fim, a educação e o trabalho tornam-se, então, elementos fundamentais no processo de integração das “ pessoas com deficiência “ e instrumentos que proporcionam a diminuição da força da exclusão social que a “deficiência” possui, já que trabalhar implica, ser reconhecido como “igual”, como capaz, como responsável, como uma pessoa útil, que pode render alguma coisa dentro de uma sociedade em que, no trabalho, um elemento organizador e distribuidor de valores, facilitando a integração do “deficiente” no trabalho passa a ser sinônimo de dignidade, de exercício de cidadania.

Obviamente, não se pode ter a convicção de que só a educação, o trabalho e a legislação, mesmo quando cumprida, resolvam os problemas que uma pessoa deficiente enfrenta em seu cotidiano, ou melhor, na sua vida. A maior dificuldade costuma ser fruto do isolamento advindo do preconceito, que, na maioria das vezes, é reflexo da falta de informação sobre o assunto.

Abordando fatos históricos relacionados com a Pessoa com Deficiência no Brasil, faz-se, a seguir, um apanhado geral, segundo estudos de Fonseca (1999), sobre os tempos em que essas pessoas eram sacrificadas.

Esse processo através do qual a sociedade se adapta para poder incluir em seu contexto as pessoas com deficiência é denominado inclusão (SASSAKI, 1997).

Segundo essa proposta, as pessoas com deficiência precisam ser preparadas para assumir seus papéis como cidadãos. Para isso, faz-se necessária uma parceria – sociedade e pessoas com deficiências, com o objetivo de solucionar problemas que se referem, também, à educação, por onde caminharemos seguir.

Na era atual, batizada como a era dos direitos, pensa-se diferentemente acerca das necessidades educacionais de alunos. A ruptura com a ideologia da exclusão proporcionou a implantação da política de inclusão, que vem sendo debatida e exercitada em vários países, entre os quais o Brasil. Hoje, a legislação brasileira posiciona-se pelo atendimento dos alunos com necessidades educacionais especiais, preferencialmente em classes comuns das escolas, em todos os níveis, etapas e modalidades de educação e ensino.

Quando tratamos da situação das pessoas com deficiência, podemos compreender o que ocorria com esse segmento no âmbito nacional. Historicamente, tuteladas pelas famílias, instituições especializadas e pelo

Estado, sobretudo em razão de sua inutilidade para o trabalho, e segundo o entendimento capitalista, o que as pessoas com deficiência reivindicavam era o direito de participação e organização em condições de igualdade com os demais cidadãos sem deficiência.

Os indivíduos com deficiência, vistos como "doentes" e incapazes, sempre estiveram em situação de maior desvantagem, ocupando, no imaginário coletivo, a posição de alvos da caridade popular e da assistência social, e não de sujeitos de direitos sociais, entre os quais se inclui o direito à educação. Ainda hoje, constata-se a dificuldade de aceitação do diferente no seio familiar e social, principalmente a pessoa com deficiências múltiplas e graves, que, na escolarização, apresenta dificuldades acentuadas de aprendizagem.

Um longo caminho foi percorrido entre a exclusão e a inclusão escolar e social. Até recentemente, a teoria e a prática dominantes relativas ao atendimento às necessidades educacionais especiais de crianças, jovens e adultos, definiam a organização de escolas e de classes especiais, separando essa população dos demais alunos. Nem sempre, mas em muitos casos, a escola especial desenvolvia-se em regime residencial e, conseqüentemente, a criança, o adolescente e o jovem eram afastados da família e da sociedade.

A educação tem hoje, portanto, um grande desafio: garantir o acesso aos conteúdos básicos que a escolarização deve proporcionar a todos os indivíduos – inclusive àqueles com necessidades educacionais especiais, particularmente alunos que apresentam altas habilidades, precocidade, condutas típicas de síndromes/quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos; portadores de deficiências, ou seja, alunos que apresentam significativas diferenças físicas, sensoriais ou intelectuais, decorrentes de fatores genéticos, inatos ou ambientais, de caráter temporário ou permanente, em interação dinâmica com fatores socioambientais.

Percorrendo os períodos da história universal, desde os mais remotos tempos, evidenciam-se teorias e práticas sociais segregadoras, inclusive quanto ao acesso ao saber. Poucos podiam participar dos espaços sociais nos quais se transmitiam e se criavam conhecimentos. A pedagogia da exclusão tem origens remotas, condizentes com o modo como estão sendo construídas as condições de existência da humanidade em determinado momento histórico.

O que se observa, é que a pessoa com deficiência nem sempre foi valorizada e respeitada por aqueles que são diferentes. Por muito tempo representou segmento totalmente ignorado, sendo, portanto, vítima de abandono, rejeição, maus-tratos e até mutilações. Foi apenas a partir do século XX que se começou a ter uma melhor aceitação do deficiente, momento em que se iniciou a sua desinstitucionalização e a educação escolar. Até esse período, eram segregados e praticamente privados de convívio social. Entretanto, verifica-se que as conquistas ainda foram poucas, pois o preconceito, a ignorância e a discriminação ainda são muito fortes em relação ao deficiente e à deficiência.

Pode-se dizer que ficou assegurado pela Constituição Brasileira (1988) o direito de todos à educação, garantindo, assim, o atendimento educacional de pessoas que apresentam necessidades educacionais especiais.

Os anos de 1990 marcam o movimento denominado “*International Inclusion*” e a promulgação da Declaração de Salamanca (1994) que provocariam um grande debate conceitual e metodológico sobre a educação formal oferecida às pessoas com deficiência. Há de ser também lembrada a Convenção da Guatemala (OEA, 1999), que se manifesta sobre todo e qualquer tipo de discriminação e de preconceito.

A denominada “inclusão social” é uma formulação ideológica que aponta para os seguintes princípios: o de reconhecer e respeitar as diferenças e a equiparação de oportunidades frente à diversidade de condições humanas, como expõe De Paula (1996, p. 98):

O acesso à cidadania é hoje, o grande problema ético do nosso tempo, o de como a nossa consciência moral pode ser aplicada ao constatar a injustiça e a desigualdade. Uma sociedade pode julgar-se ética e negar a cidadania como direito de qualquer homem? No Brasil, a desigualdade social tem acirrado os debates sobre cidadania, democracia e ética, sobre o direito à diferença e a garantia dos direitos das minorias.

Esse debate envolve os educadores do mundo todo e, no Brasil, por meio da LDBN/96, a Educação Inclusiva é contemplada de modo a garantir o ingresso e a permanência das pessoas com deficiência no ensino regular e, posteriormente, é promulgada a Resolução Nº 2 do CNE/CEB de 2001 que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.

A prática da “inclusão social” não é tão simples. Embora alicerçada na ética das relações e, num corpo rico de leis e declarações de direitos, sua compreensão aparentemente de uma lógica linear, é um processo complexo, pois não bastam intervenções práticas e superficiais para sua efetivação. As mudanças que precisam ocorrer são profundas, pois implicam questionamentos sobre concepções de vida e valores morais e éticos das pessoas e das instituições. Essas transformações desestruturam os conceitos e os preconceitos, há muito cristalizados, colidem com forças dominantes de sistemas macroeconômicos, ideologias políticas e sociais. Como afirma Plaisance (2001, p. 76-8) em meados da década de 1990, no Brasil, começaram as discussões em torno do novo modelo de atendimento escolar denominado a Inclusão Escolar. Esse novo paradigma surge como uma reação contrária ao princípio de integração. Sua efetivação prática tem gerado muitas controvérsias e debates e a pessoa com deficiência ainda continua à margem da sociedade, isto é, excluída, mesmo constando-se na Constituição Brasileira de 1988, vários capítulos, artigos e incisos sobre educação, habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência, além da sua integração à vida comunitária.

Durante muitos anos, o processo histórico continuou dessa forma. Somente quando o direito à igualdade e o direito à cidadania tornaram-se pontos de preocupação dos pensadores, a história da educação especial começou a mudar, principalmente com a legislação brasileira (Lei 7853/89, artigo 5º), que dá ao Ministério Público “a responsabilidade da defesa dos interesses coletivos e difusos dos Portadores de Necessidades Especiais” (CARNEIRO, 1998, p.38).

Então, somente no ano de 1996, foi organizada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de modo que a nação pudesse ter uma lei que fosse condizente com a Constituição Brasileira. A nova LDB traz algumas inovações, não só para a educação em geral, como também para a educação especial. Para ela, foi dedicado um capítulo, com mensagem de inclusão escolar para alunos com necessidades educacionais especiais, além da ampliação de oportunidades, como, a legalização da educação infantil, incluindo a criança deficiente nessa etapa escolar.

No entanto, percebe-se que a presença das pessoas com deficiência na rede comum de ensino deve ser entendida como elemento de tensão e explicitação da contradição, pois ao mesmo tempo em que assegura o acesso no plano do direito formal, impede ou dificulta a apropriação dos conhecimentos pela negação das condições materiais objetivas. Nessa perspectiva, a mobilização e organização das próprias pessoas com deficiência, enquanto sujeitos sociais ativos que lutam por seus direitos, inclusive pelo de estudarem junto com os demais alunos sem deficiência, cumpriu um papel importante e deve ser considerado um passo adiante.

No entanto, deve-se lembrar que inclusão não se faz por decreto. É um processo e, como tal, leva tempo para ser processada, implicando mudanças estruturais na cultura, na construção de uma nova postura pedagógica, na vida social.

Embora, sejam notórios os avanços em relação às últimas décadas no que diz respeito aos direitos educacionais da pessoa com deficiência, ainda existe uma grande lacuna entre as diretrizes legais existentes e a efetivação do acesso e permanência dos alunos com necessidades educacionais especiais. A efetivação da inclusão educacional requer clareza sobre a própria condição da pessoa com deficiência, suas habilidades e fragilidades. Portanto, os princípios de inclusão nada mais são que princípios da democracia. Não existe democracia sem educação, nem educação sem democracia (WERNECK 1997).

É inegável que existe, nessas discussões, um caráter de “denúncia às lacunas da estrutura do sistema”, no entanto será um “movimento inclusivo” focado na escolarização de crianças e jovens com necessidades especiais, que promoverá a transformação do sistema educacional.

É preciso se reconhecer que a luta e as mobilizações das pessoas com deficiência, pela “participação plena” e pela organização de suas próprias entidades não só representou um avanço, como também contribuiu para a elaboração de políticas públicas para atender necessidades específicas delas. Nesse processo, parte significativa desse segmento social ganha espaço político e passa a se colocar como sujeitos da sua própria história, abandonando a posição de objetos da filantropia. Ao mesmo tempo, foi possível, também, verificar-se que as entidades das pessoas com deficiência

não possuem praticamente nenhuma força política mobilizadora capaz de exercer poder de pressão contra o Estado, no sentido de fazê-lo cumprir as leis já existentes. Inseridas no campo das ONGs, a grande maioria dessas entidades agem e buscam alternativas isoladamente.

Já quanto à presença dos alunos com deficiência nas escolas comuns, constatou-se que, do ponto de vista da legislação e da intencionalidade do governo brasileiro, embora existam resistências por parte de alguns setores conservadores, iniciativas têm procurado intensificar, ampliar e consolidar a política de inclusão. Mesmo que os direitos das pessoas com deficiência estejam explicitados na Constituição Brasileira, proclamados e assegurados também em outros textos legais, ainda é necessário muito esforço para que essas pessoas sejam percebidas, na prática, com igualdade, implicando, assim, o reconhecimento e atendimento de suas necessidades específicas.

Por fim, tudo isso nos deixa claro que essas abordagens apontam no sentido de que as pessoas com deficiência necessitam não somente de reivindicar o direito de estudar na escola comum, mas, também, exigir o acesso ao trabalho e a todos os bens culturais produzidos pela humanidade, para que, de posse dos mesmos, possam ir rompendo as amarras que as tornaram vítimas da filantropia e da caridade. Para tanto, elas necessitam estar envolvidas nas suas lutas imediatas e naquelas outras que ocorrem em seu meio circundante. A adoção desse procedimento, com certeza não irá tirá-los da sua histórica condição de excluídos sociais por serem pobres e deficientes. No entanto, pode incluí-los naqueles que lutam pela construção de uma nova sociedade, onde as pessoas não sejam, só pelo fato de possuírem uma deficiência, tomadas como elementos perturbadores da ordem social e, com isso, serem obrigadas a uma vida segregada.

O Brasil dispõe de legislação para pessoas com deficiência das mais avançadas do mundo. Não obstante, observamos que a mesma nem sempre é cumprida, por vários motivos, como: desconhecimento, preconceito, cultura, falta de vontade e de políticas públicas.

Como seqüência das discussões, estudaremos, a seguir, as características das deficiências no Brasil. Nessa oportunidade são apresentados dados estatísticos que ilustram fundamentalmente o cenário das deficiências no Brasil e na Paraíba.

7 CARACTERÍSTICAS DAS DEFICIÊNCIAS NO BRASIL

7.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.

Com a intenção de reforçar as colocações anteriores sobre a situação das pessoas com deficiência no Brasil, consideramos necessário apresentar dados sobre as características sócio-econômicas desse grupo. As informações foram obtidas do Censo Demográfico realizado pelo IBGE, no ano de 2000 e pelo processamento dos micro-dados feito pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), em 2003.

No ano do Censo, o Brasil tinha 169,9 milhões de pessoas, das quais 24,6 milhões apresentavam algum tipo de deficiência, seja física, mental ou sensorial, o que correspondia a aproximadamente 14,5% da população. Essa quantidade é muito superior ao 1,7 milhões de pessoas com deficiência, informadas pelo Censo de 1991, e que representavam 1,14% da população total. O que se explica pelas mudanças ocorridas na forma de apuração da informação.

Para o Censo de 2000, o IBGE considerou que,

sob o consenso de que internacionalmente a definição de incapacidade não se restringe às deficiências no máximo de severidade, sendo importante caracterizar o grau da limitação, foram incorporados, no segundo questionário da primeira prova piloto, as categorias “nenhuma dificuldade”, “alguma dificuldade”, “grande dificuldade” e “incapaz” para todos os tipos de deficiência (2003, p.215).

Essa relativização das deficiências teve importantes efeitos. Por exemplo, no Censo de 1991, apareciam, em primeiro lugar, as doenças mentais, com aproximadamente 40% da população deficiente e, os cegos ocupavam o antepenúltimo lugar, com 9% dos deficientes. Como veremos mais adiante, de acordo com o Censo de 2000, as pessoas “incapazes, com alguma ou grande dificuldade de enxergar”, totalizaram 67,66% das pessoas com deficiência, e os deficientes mentais, 11,56%. É indubitável que essa situação afeta as políticas públicas destinadas a essas pessoas.

7.2 CARACTERÍSTICAS POR REGIÃO.

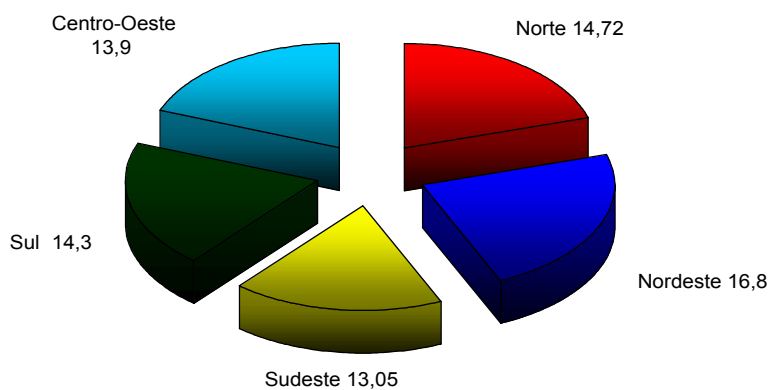
Ao contrário dos dados do Censo de 1991 (CHAGAS e VIOTTI, 2003), nos quais as regiões mais desenvolvidas apresentavam maiores percentagens de pessoas com deficiência, a Tabela 1, mostra que a região menos desenvolvida (Nordeste) tem a maior percentagem de deficientes (16,80%) e a região mais desenvolvida (SUDESTE) apresenta a menor percentagem (13,05%), seguida pela Região Centro-Oeste, com 13,90%.

Tabela 1
Percentagem de pessoas com deficiência no total da população,
segundo região – 2000

Região	População Total	População com Deficiências	%
Brasil	169.872.856	24.600.256	14,48
Norte	12.911.170	1.901.892	14,72
Nordeste	47.782.487	8.025.536	16,80
Sudeste	72.430.193	9.459.596	13,05
Sul	25.110.348	3.595.028	14,30
Centro-Oeste	11.638.658	1.618.204	13,90

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000.

Gráfico 1 - Percentagens de pessoas com deficiência por Regiões – 2000



No Brasil, em 2000, 81,16% da população viviam em áreas urbanas. Portanto, 18,84% das pessoas residiam nas áreas rurais. A Tabela 2 e o

Gráfico 2 mostram as pessoas com deficiência, segundo a situação de domicílio e permitem afirmar que não existe diferença entre a proporção da população com e sem deficiência que moram em áreas urbanas ou rurais. Em outras palavras, a deficiência não discrimina a população urbana da rural.

Tabela 2

Pessoas com deficiência segundo a situação do domicílio - Brasil 2000

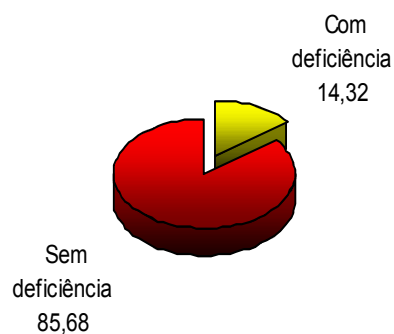
Pessoas por condição de deficiência	Total de pessoas	Urbano	(%)	Rural	(%)
Com deficiência	24.600.256	19.754.445	14,32	4.845.812	15,15
Sem deficiência	145.272.599	118.170.793	85,68	27.101.806	84,83
Total	169.872.856	137.925.238	100,00	31.947.618	100,00

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

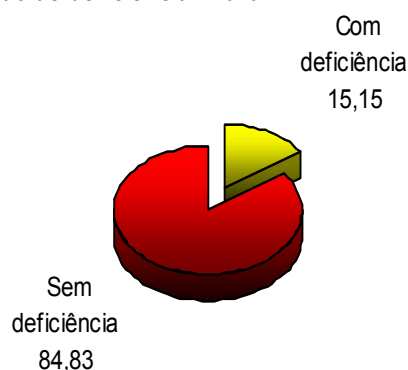
Gráfico 2

Percentagem de pessoas com deficiência, segundo situação de domicílio – Brasil 2000

Condição de Deficiência - Urbana



Condição de deficiência - Rural



Ao observarmos os números relativos à distribuição das deficiências, segundo grandes regiões e áreas urbana e rural, constatam que as deficiências predominavam nas áreas rurais do Sul (16,5%), Nordeste (16,3) e Sudeste

(13,8). Nas demais regiões predominavam as deficiências em áreas urbanas. Seguindo as idéias de Chagas (2003), a situação da zona rural da região Sul pode indicar que a avaliação da deficiência seja mais rigorosa em regiões com melhores níveis educacionais, nas quais o distanciamento dos padrões ditos normais seja mais percebido, influenciando as respostas ao questionário do Censo. Em número de pessoas, as três regiões juntas, concentravam 21,1 milhões de pessoas com deficiência, o que correspondia a 85,8% do total. Concordando com Ana Maria R. Chagas (2006) esses valores implicam a necessidade de políticas especialmente voltadas para essas regiões.

Tabela 3
Distribuição das deficiências, segundo grandes regiões e áreas urbana e rural
Brasil – 2000

Grandes Regiões	Pessoas com pelo menos uma deficiência	Total (%)	Urbana (%)	Rural (%)
Brasil	24 600 256	14,5	14,3	15,2
Norte	1 901 892	14,7	15,7	12,5
Nordeste	8 025 537	16,8	17,0	16,3
Sudeste	9 459 596	13,1	13,0	13,8
Sul	3 595 028	14,3	13,8	16,5
Centro-Oeste	1 618 204	13,9	14,0	13,1

Fonte: Chagas, A .M. "Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência. UnB. Brasília,2006.

Na Tabela 4, a seguir apresenta-se a distribuição da população com deficiência por Regiões e Unidades da Federação. Podemos observar que, em quase todas as regiões, a deficiência se distribui conforme a concentração da população. Isso não acontece no Nordeste, onde a proporção de deficientes é maior em quase 5% e, no Sudeste, onde a proporção é menor em quase 4%. Já mencionamos que o Nordeste é a região menos desenvolvida do país e o Sudeste, a região mais desenvolvida. Portanto, era de se esperar uma diferença desse tipo.

Tabela 4
Distribuição da população com deficiência por Regiões e Unidades da Federação - 2000
- (em %)

Regiões e UF's	TOTAL	Particip. regional	Pessoas com deficiência	Particip. regional	% Pop regional	% Pop total
Brasil	169.799.170	100,00	24.600.256	100,00		14,48
Norte	12.900.704	7,60	1.901.892	7,73	100,00	14,72
Rondônia	1.379.787		192.242		10,11	13,93
Acre	557.526		78.844		4,15	14,14
Amazonas	2.812.557		401.649		21,12	14,28
Roraima	324.397		40.555		2,13	12,50
Pará	6.192.307		945.800		49,73	15,27
Amapá	477.032		63.355		3,33	13,28
Tocantins	1.157.098		187.447		9,86	16,20
Nordeste	47.741.711	28,12	8.025.536	32,62	100,00	16,80
Maranhão	5.651.475		912.930		11,38	16,15
Piauí	2.843.278		501.409		6,25	17,63
Ceará	7.430.661		1.288.797		16,06	17,34
R G do Norte	2.776.782		489.824		6,10	17,64
Paraíba	3.443.825		646.099		8,05	18,76
Pernambuco	7.918.344		1.379.704		17,19	17,42
Alagoas	2.822.621		474.624		5,91	16,82
Sergipe	1.784.475		252.823		3,15	14,17
Bahia	13.070.250		2.046.326		25,50	15,66
Sudeste	72.412.411	42,65	9.459.596	38,45	100,00	13,05
Minas Gerais	17.891.494		2.670.709		28,23	14,93
Espírito Santo	3.097.232		453.493		4,79	14,64
Rio de Janeiro	14.391.282		2.131.762		22,54	14,81
São Paulo	37.032.403		4.203.632		44,44	11,35
Sul	25.107.616	14,79	3.595.028	14,61	100,00	14,30
Paraná	9.563.458		1.297.877		36,10	13,57
Santa Catarina	5.356.360		761.534		21,18	14,22
R. G. do Sul	10.187.798		1.535.587		42,71	15,07
Centro-Oeste	11.636.728	6,85	1.618.204	6,58	100,00	13,90
M.G. do Sul	2.078.001		285.077		17,62	13,72
Mato Grosso	2.504.353		341.494		21,10	13,64
Goiás	5.003.228		716.052		44,25	14,31
Distrito Federal	2.051.146		275.580		17,03	13,44

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Quando analisarmos a situação por unidades da federação, podemos constatar uma situação muito preocupante em todos os Estados do Nordeste. com exceção de Sergipe, que apresenta 14,17% de pessoas com deficiência (menos que a percentagem do Brasil), os outros oito Estados variam entre 15,66% (Bahia) e 18,76% (Paraíba). O estado da Paraíba apresenta o pior resultado do País, sendo também, um dos mais pobres. O governo federal, o estadual e o municipal, devem tomar medidas substanciais para melhorar essa situação. É humanamente impensável um Estado com quase 20% de pessoas com deficiência.

Na Região Norte são especialmente preocupantes os percentuais apresentados no Estado de Pará (15,27%) e o Estado de Tocantins (16,20%). Tal como já afirmamos os Estados pobres apresentam um percentual maior de pessoas com deficiência em relação aos Estados mais ricos (São Paulo, 11,35%). Cabe destacar os percentuais relativamente baixos dos estados de Roraima (12,50%), Amapá (13,28%) e Rondônia (13,93%). Uma possível explicação poderia considerar o fato de serem Estados com populações pequenas e relativamente novos, com uma produção essencialmente extrativa que não dá lugar a pessoas com deficiência, sem muitos recursos, levando essas pessoas a migrarem para outros países.

7.3 POR CONDIÇÃO DE SANEAMENTO DO DOMICÍLIO

A Tabela 5 apresenta informações sobre os domicílios e pessoas, segundo condição de saneamento básico no Brasil. No ano 2000, o país tinha 45,5 milhões de domicílios dos quais 26 milhões com saneamento básico (57,21%) e 19,5 milhões sem saneamento básico (42,79%). Seguindo as definições do IBGE (2003), podemos entender por saneamento básico a existência de ligação das águas servidas e do banheiro ou sanitário do domicílio à rede geral de esgoto ou pluvial, e de esgoto à fossa séptica.

As pessoas **sem** deficiência, residentes nesses domicílios, mantinham uma proporção semelhante à da população total. Essa não é a situação das pessoas com deficiência, uma vez que 50,68% tinham domicílios com saneamento e 49,43% não dispunham de saneamento básico. Assim, a disponibilidade de saneamento nos domicílios das pessoas com deficiência era

5% menor. Isso reafirma a tese que pobreza e deficiências vão juntas, e que o saneamento básico é um importante fator de prevenção dessas deficiências.

Tabela 5
Domicílios e pessoas, por condição de saneamento básico Brasil, 2000

Domicílios por condição de saneamento básico e pessoas por condição de deficiência	Total de pessoas	%
Domicílios	45,507,516	100,00
com saneamento básico (*)	26,034,465	57,21
sem saneamento básico	19,473,051	42,79
Total de Pessoas	169,872,856	100,00
com saneamento básico (*)	92,615,084	54,52
sem saneamento básico	77,257,772	45,48
Pessoas com Deficiência	24,600,256	100,00
com saneamento básico (*)	12,467,324	50,68
sem saneamento básico	12,132,932	49,32
Pessoas sem Deficiência	145,272,599	100,00
com saneamento básico (*)	80,147,759	55,17
sem saneamento básico	65,124,840	44,83

(*) existência simultânea de ligação de água e de esgoto à rede geral, ou ligação de água à rede geral e de esgoto à fossa séptica.

Fonte: Chagas, Ana Maria. "Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência. UNB, 2006.

7.4 POR CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO E RENDIMENTO.

A Tabela 6 apresenta as Pessoas entre 18 e 69 anos de idade, com ou sem deficiência por condição de ocupação (Brasil - 2000). Decidimos trabalhar com esse intervalo, pois consideramos que em condições ideais todas as pessoas desse grupo estariam ocupadas. Cabe esclarecer que para o Censo Demográfico de 2000, o IBGE (2003) definiu **Ocupação** como a função, cargo, profissão ou ofício desempenhado numa atividade econômica. Foi classificada como **desocupada**, na semana de referência, a pessoa sem trabalho nessa semana, que tomou alguma providência efetiva na procura de trabalho, no período de referência de 30 dias. Foi classificada como **ocupada** na semana de referência, a pessoa que tinha trabalho durante todo ou parte desse período. Considerou-se ainda ocupada a pessoa que não tinha exercido o trabalho remunerado que tinha na semana de referência, por motivo de

férias, licença, greve. Os dados permitem constatar uma altíssima percentagem de pessoas desocupadas no total da população entre 18 e 69 anos (40,46%). Essa situação é mais grave quando se comparam pessoas com e sem deficiência. A maioria dos deficientes estava desocupada (52,58%), contra 37,81% de desocupados entre as pessoas sem deficiência. Assim, a taxa de ocupação das pessoas com deficiência era em torno de 15% inferior à ocupação das pessoas sem nenhum tipo de deficiência.

Adicionar essas informações aos dados anteriores permite construir um quadro da situação lamentável em que se encontrava a população brasileira e, especialmente, os deficientes, na época do Censo Demográfico. Os dados da PNAD (2007) permitem constatar que a situação permanece relativamente invariável.

Tabela 6

Pessoas entre 18 e 69 anos de idade, com ou sem deficiência, por condição de ocupação Brasil - 2000

Indicativo de Deficiência física	Total	%	Ocupadas	%	Desocupadas	%
Total	102.482.248	100,00	61.022.510	59,54	41.459.738	40,46
Pelo menos uma das deficiências investigadas	18.003.271	100,00	8.536.147	47,41	9.467.124	52,58
Sem qualquer tipo de deficiência ou nenhuma das investigadas	83.650.090	100,00	52.017.919	62,19	31.632.171	37,81
Sem declaração	828.887	100,00	468.444	56,51	360.433	43,49

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2000.

Em relação ao rendimento mensal das pessoas, o IBGE pesquisou diversas possibilidades: o rendimento nominal mensal do trabalho principal e dos demais trabalhos que a pessoa tinha na semana de referência; o rendimento fixo, considerado a remuneração bruta (do empregado ou trabalhador doméstico) ou a retirada (do trabalhador por conta própria ou empregador); o rendimento variável; auxílios de pessoas licenciadas por instituto de previdência oficial; valor real ou estimado de produtos ou mercadorias da agricultura, pecuária, extração vegetal ou mineral, pesca, etc.

De acordo com Chagas (2006), historicamente, o IBGE apura a participação no mercado de trabalho das pessoas acima de 10 anos na

tentativa de retratar o mais fielmente possível a realidade brasileira, apesar de o Estatuto da Infância e da Adolescência proibir o trabalho aos menores de 14 anos. Assim, a Tabela 7 apresenta a distribuição das pessoas de 10 anos ou mais de idade, segundo sexo e as classes de rendimento. A referida tabela exclui as pessoas que não recebiam rendimentos. No entanto, de acordo com a pesquisa realizada pela referida autora (op.cit), 44,5% da população sem deficiência não recebia rendimentos, e 31% das pessoas com deficiência também não recebiam. “Provavelmente, o Benefício de Prestação Continuada e a Renda Mensal Vitalícia influenciem, em alguma medida, nesse resultado, pois 1,5 milhões de pessoas com deficiência recebem hoje os benefícios” (2006, p.56).

Pode-se constatar que os menores rendimentos predominam entre as pessoas com deficiência: 46,16% dessa população recebiam até 1 salário mínimo, quase 20% a mais do que as pessoas sem deficiência (27,08%).

Tabela 7

Pessoas de 10 anos ou mais de idade, segundo o sexo e as classes de rendimentos - Brasil - 2000

Sexo e classes de rendimentos (em s.m. (1))	População com pelo menos uma deficiência	%	População sem deficiência	%
Total	16.238.676	100,00	62.268.835	100,00
Até 1	7.496.244	46,16	16.865.172	27,08
Mais de 1 a 5	6.541.761	40,29	32.369.110	51,98
Mais de 5	2.200.671	13,55	13.034.553	20,93
Homens	8.548.014	100,00	36.691.289	100,00
Até 1	3.221.988	37,69	8.134.208	22,17
Mais de 1 a 5	3.823.736	44,73	19.743.367	53,81
Mais de 5	1.502.290	17,57	8.813.714	24,02
Mulheres	7.690.662	100,00	25.577.545	100,00
Até 1	4.274.256	55,58	8.730.963	34,14
Mais de 1 a 5	2.718.025	35,34	12.625.743	49,36
Mais de 5	698.381	9,08	4.220.839	16,50

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

(1) Sem incluir população sem rendimentos

Segundo o sexo, existia uma diferença significativa que favorecia os homens nos dois grupos, com e sem deficiência. No entanto, cabe destacar que a diferença era muito maior na população com deficiência. A maioria das mulheres ganhava até 1 salário mínimo (55,58%). Podemos afirmar que a discriminação salarial bate mais forte entre as pessoas com deficiência.

A Tabela 8 mostra os tipos de rendimentos, excetuando-se os do trabalho das pessoas com e sem deficiência. Tal como foi colocado anteriormente, para as pessoas com deficiência são muito importante os rendimentos que não provêm do trabalho. Assim, em todas as categorias (aluguel, doações, pensões ou aposentadorias e renda assistencial) é maior a percentagem de pessoas com deficiência, destacando-se, particularmente, as pensões ou aposentadoria: 34,61% vs. 6,98%. Isso mostra a importância fundamental dessas fontes de renda para contribuir para a sobrevivência desse grupo populacional.

Tabela 8

**Tipos de rendimentos, excetuando-se os do trabalho,
das pessoas com e sem deficiência -Brasil - 2000**

Tipos de Rendimentos	Total de Pessoas	%	Pessoas com Deficiência	%	Pessoas sem Deficiência	%
Total de pessoas	169.872.856	100,00	24.600.256	100,00	145.272.599	100,00
Recebem Aluguel	2.942.920	1,73	786.041	3,20	2.156.878	1,48
Recebem Doações	2.514.566	1,48	453.421	1,84	2.061.145	1,42
Recebem Pensão Aposentadoria	18.660.970	10,99	8.514.188	34,61	10.146.782	6,98
Recebem Renda Assistencial	953.914	0,56	191.059	0,78	762.855	0,53

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 (base de dados, Chagas, 2006, p.57)

Concluindo a análise da situação comparativa entre as pessoas com e sem deficiência, de acordo com os dados do Censo Demográfico de 2000, podemos afirmar que a situação do primeiro grupo é grave e alarmante e dificilmente será mudada sem transformações essenciais na estrutura sócio-econômica do Brasil.

7.5 POR TIPO DE DEFICIÊNCIA

A Tabela 9 e o Gráfico3 permitem constatar que a deficiência visual é a mais significativa dentre todas as deficiências e correspondia a 68% delas, atingindo 16,6 milhões de pessoas, número equivalente a aproximadamente 10% da população brasileira. Seguindo as idéias de Chagas (2006) e como já foi mencionado anteriormente, a elevada percentagem deve-se às características da definição censitária e à existência de grande número de pessoas com alguma dificuldade permanente de enxergar (57,2%),

apesar de ter havido na pesquisa do Censo a condição “com correção visual”, o que faz supor que estes números sejam resultado da falta de acesso das pessoas às possibilidades de correção visual, como óculos ou outras alternativas. É também indício de que uma ação séria para superação destas condições deva ser empreendida (2006 p. 50).

A deficiência visual era sucedida pelas deficiências relativas à dificuldade de caminhar ou subir escadas que correspondiam a 31,46% das pessoas com deficiência. Em terceiro lugar, aparece a população incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir, totalizando 23,31% de pessoas. Por último, aparecem as pessoas com deficiência mental que representavam 11,5 % das pessoas com deficiência e 2,8 milhões de pessoas.

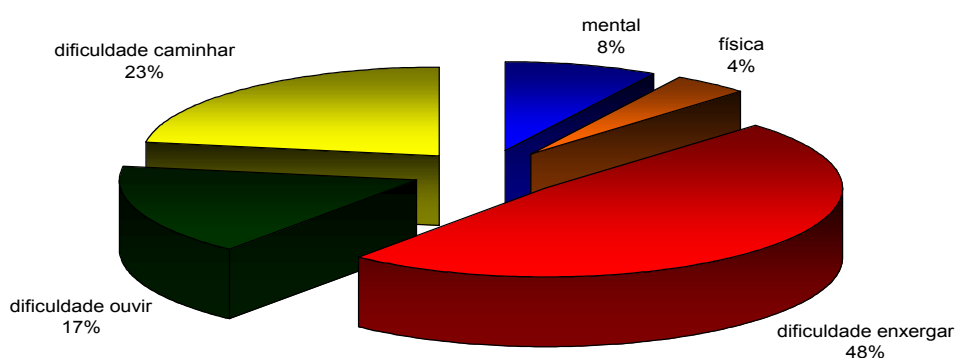
Particularmente, nesse ponto, consideramos importante insistir nas diferenças entre as definições de “tipos de deficiência” utilizadas no Censo Demográfico de 1991 e 2000. De acordo com as definições do Censo de 1991, as pessoas com deficiência mental ocupavam o primeiro lugar (39,5% dos deficientes) e as pessoas com deficiência visual, os últimos lugares (9%).

Tabela 9
Proporção de cada tipo de deficiência -Brasil - 2000

Tipo de Deficiência	Total de pessoas	%	%
BRASIL	169.872.856	100,00	
Pelo menos uma das deficiências enumeradas	24.600.256	14,48	
Deficiência mental permanente	2.844.937	11,56	
Deficiência física	1.416.061	5,76	100,00
Tetraplegia, paraplegia			
hemiplegia permanente	937.464	3,81	66,20
Falta de membro ou de parte dele	478.597	1,95	33,80
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar	16.644.842	67,66	
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir	5.735.099	23,31	
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	7.739.784	31,46	

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Gráfico 3
Percentagem das deficiências por tipo – Brasil 2000



Obs: O gráfico foi construído tomando-se como base as pessoas que tinham pelo menos uma das deficiências enumeradas.

Observando-se a percentagem de cada tipo de deficiência por região, constata-se que as dificuldades de enxergar são mais freqüentes no Norte (74,72%) e no Nordeste (71,61%) do que no restante do país; que as regiões Sudeste(63,76%) e Sul (64,71) apresentam as menores percentagens, ainda assim, apresentando valores extremamente altos (Tabela 10).

As regiões Sudeste (12,70%) e Sul (11,40%) são as que apresentam as percentagens mais altas de deficiência mental, sendo que o Sudeste está 1% acima da “média” brasileira (11,56%). A mesma situação pode ser constatada no caso da deficiência física (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia e falta de membro ou parte dele) em que a região Sul (5,99%) e o Sudeste (6,20%), ocupam os primeiros lugares. Uma possível explicação estaria ligada ao processo de industrialização e à introdução da máquina nas diversas atividades econômicas, com os perigos que envolvem, além do estresse do cotidiano de cidades como São Paulo.

No caso das dificuldades de ouvir, a Região Sul (25,00%) e a Região Nordeste (24,00%) ocupam os primeiros lugares. Nas dificuldades de caminhar ou subir escadas, o Sudeste (34,22%) e o Sul (33,68%) ocupam os primeiros lugares.

Em geral, consideramos necessária a realização de pesquisas mais detalhadas para se conhecer melhor as causas das diferenças entre regiões. É importante se ter um conhecimento mais profundo da situação do Sul e do Sudeste (ocupam os primeiros lugares em quatro dos cinco tipos de deficiência). Concordando com Chagas (2003), deve-se investigar se as causas têm relação com a atividade econômica da região, com a ausência de equipamentos adequados de proteção no trabalho, com a violência, com a escolarização que permite uma leitura mais elaborada das perguntas do Censo, etc. Em outras palavras, deve-se aprofundar no conhecimento das causas das deficiências no Brasil, o que permitirá o desenvolvimento de políticas mais adequadas para esse problema.

Tabela 10
Percentagem de cada tipo de deficiência por regiões - 2000

Tipo de Deficiência	Total de pessoas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste
TOTAL DE PESSOAS	169.872.856	12.911.170	47.782.487	72.430.193	25.110.348	11 638 658
Pelo menos uma das deficiências enumeradas	14,48	14,73	16,80	13,06	14,32	13,90
Deficiência mental permanente	11,56	9,98	10,71	12,70	11,40	11,38
Deficiência física	5,76	5,65	5,12	6,20	5,99	5,93
Tetraplegia, paraplegia hemiplegia permanente	3,81	3,34	3,51	4,21	3,64	3,91
Falta de membro ou de parte dele	1,95	2,31	1,61	1,99	2,35	2,02
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade de enxergar	67,66	74,42	71,61	63,76	64,71	69,48
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade de ouvir	23,31	20,47	24,00	23,46	25,00	22,63
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade de caminhar ou subir escadas	31,46	26,63	31,44	34,22	33,68	28,54

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

De acordo com Chagas (2006), um aspecto que não pode ser esquecido é o fato de, eventualmente, as deficiências apresentarem-se associadas, de modo que uma mesma pessoa possa apresentar mais de uma deficiência, o que, sem dúvida, agrava o seu quadro de desvantagem. Os dados sugerem a existência de 41% de deficiências associadas, o que corresponde a 9.980.465 de pessoas com mais de uma deficiência, pois foram constatadas 34.580.721 de deficiências em 24.600.256 de pessoas.

Para concluir a análise por tipo de deficiência, a Tabela 11 apresenta a percentagem da população residente por tipo de deficiência e algumas características sócio-econômicas.

Tabela 11

Percentagem da população residente por tipo de deficiência e características sócio-demográficas do Brasil - 2000

Características	População Residente							
	População Total	Tipo de deficiência						
		Pelo menos uma deficiência	Deficiência mental permanente	Deficiência física		Graves problemas visuais	Graves problemas auditivos	Graves problemas caminhar
				Tetra,para, hemiplegia	Falta membro ou parte dele			
BRASIL	169.872.856	24.600.256	2.844.937	937.463	478.597	16.644.842	5.735.099	7.939.784
Sexo								
Homens	49,21	46,42	54,32	55,11	71,99	43,62	52,62	41,50
Mulheres	50,79	53,58	45,68	45,89	28,01	56,38	47,38	48,50
Idade								
0 - 14	83,52	28,72	52,40	25,77	33,73	24,40	16,30	12,73
65 e mais	16,48	71,28	47,60	74,23	66,27	75,60	83,70	87,27
Domicílio								
Rural	18,81	19,70	20,20	17,58	20,96	20,76	19,62	18,28
Urbana	81,19	80,30	79,80	82,42	79,04	79,24	80,38	81,72
Cor								
Branca	53,74	51,13	53,15	53,04	50,31	49,56	53,79	52,25
Preta	6,21	7,50	7,66	8,00	8,14	7,64	7,06	8,25
Amarela	0,45	0,43	0,42	0,53	0,42	0,41	0,52	0,42
Parda	38,45	39,85	37,50	37,35	39,87	41,28	37,52	37,93
Indígena	0,43	0,51	0,46	0,53	0,52	0,53	0,54	0,57

Em relação à idade e considerando-se só os grupos extremos, cabe destacar que quase um quarto (24,40%) das pessoas que apresentam problemas visuais, tem até 14 anos de idade. Além disso, se considerarmos apenas esse grupo de idade, mais de 50% das pessoas com deficiência apresentam problemas desse tipo. Não é temerário afirmar que essa grave situação está relacionada com o estado nutricional das crianças.

Considerando-se o sexo, podemos constatar que entre as pessoas que têm problemas visuais, a maioria é mulher (56,38%).

Em relação à falta de membro ou parte dele, os dados não deixam lugar

para dúvidas que essa deficiência física se deve a acidentes de trabalho. Mais de 70% das pessoas que apresentam esse tipo de problema são homens com mais de 65 anos de idade.

Em síntese, constatamos que a deficiência visual é a mais comum entre os brasileiros e que existem diferenças importantes entre regiões, ocupando lugar de destaque, as mais desenvolvidas: Sudeste e Sul.

As informações apresentadas nas páginas anteriores permitem afirmar que a situação dos deficientes é estrutural e precisa-se de políticas econômicas e sociais corajosas para se transformar essa situação. Portanto, passaremos a analisar nas páginas a seguir a situação da deficiência visual na Paraíba.

8 SITUAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA PARAÍBA

8.1 Considerações preliminares

A Fundação Banco do Brasil e a Fundação Getúlio Vargas estabeleceram uma parceria no sentido de elaborar um mapa sobre o universo das pessoas com deficiência no Brasil. A pesquisa, publicada em 2003, foi desenvolvida com o objetivo de subsidiar políticas e ações dos setores públicos, privados e da sociedade civil voltadas para as pessoas com deficiência.

Segundo a FGV (2003), o objetivo maior do “Mapa da Diversidade” foi caracterizar o universo de pessoas com deficiência, cujo conceito obedece aos novos critérios usados pelo Censo Demográfico de 2000, sendo mais abrangente do que os levantamentos anteriores, englobando incapacidades (de enxergar, de ouvir), dificuldades (de andar, de caminhar, subir escadas) e as deficiências em geral. Na pesquisa analisou-se esse universo em escala nacional, nos Estados, municípios e subdistritos, destacando-se as unidades que apresentaram as maiores e menores taxas de pessoas com deficiência.

Concordando com a FGV (op.cit), estudar o universo dessas pessoas é acima de tudo avaliar os grupos que enfrentam situações de desigualdade social e econômica, sujeitos a desvantagens na renda, na inserção no mercado de trabalho e na sua cidadania de forma geral.

O “Mapa da Diversidade” foi complementado com o “Mapa Social, que fornece informações sobre as características gerais, como quantidade de homens na população, anos médios de estudo, população em idade ativa, renda média e jornada semanal de trabalho.

Consideramos o trabalho feito pela Fundação Getúlio Vargas um instrumento essencial para se analisar a situação das pessoas com deficiência no nível de Unidades da Federação, nesse caso, a Paraíba.

8.2 Retratos da deficiência na Paraíba

Analisando-se os dados do Censo Demográfico 2000, o “mapa da diversidade” destaca os estados que apresentam as maiores e as menores taxas de pessoas com deficiência. Em ordem crescente, os cinco Estados que apresentam as menores taxas são: São Paulo, Roraima, Amapá, Distrito Federal e Paraná. Já os estados que apresentam as maiores taxas são Paraíba, Rio Grande do Norte, Piauí, Pernambuco e Ceará. Um ponto a ser ressaltado é que oito dos nove Estados nordestinos apresentam as maiores taxas de PcD (pessoas com deficiência). Tal como constatamos anteriormente, a Paraíba é o Estado que apresenta a taxa mais alta do país.

Tabela 12
Ranking dos Estados com Pessoas Portadoras de Deficiência

Estados	Porcentagem de Pessoas Portadoras de Deficiência
Cinco melhores	
São Paulo	11,35
Roraima	12,50
Amapá	13,28
Distrito Federal	13,44
Paraná	13,57
Cinco Piores	
Ceará	17,34
Pernambuco	17,40
Piauí	17,63
Rio Grande do Norte	17,64
Paraíba	18,76

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos microdados. Censo Demográfico de 2000/IBGE.

Objetivando uma melhor compreensão da situação das pessoas com deficiência na Paraíba, decidimos comparar as informações com aquelas do estado de São Paulo, o melhor no *ranking* da percentagem de pessoas com deficiência (tabela anterior).

Tabela 13

Mapa da Diversidade e Social – São Paulo e Paraíba - 2000

População	Pessoas com deficiência		Pessoas sem deficiências	
	Paraíba	São Paulo	Paraíba	São Paulo
População Total	646.099	4.203.632	2.798.694	32.831.824
Homens (%)	44,75	47,32	49,43	49,19
Educação*	2,80	4,81	3,74	5,93
Idade*	47,87	47,69	23,65	27,32
Renda*	287,83	814,12	369,61	874,01
Jornada*	38,72	43,94	40,26	44,21
Sem Voto % **	9,91	8,20	39,29	30,73
Idosos (%) ***	31,43	29,58	4,34	5,59
Mulheres (%)	55,25	52,68	50,57	50,81
Afros (%) ****	57,09	27,92	56,06	27,14
Indígenas (%)	0,34	0,29	0,28	0,16
Miseráveis (%) *****	42,93	13,43	55,13	14,72
Sem escola % *****	38,92	20,21	32,13	18,86

Fonte: CPS/IBRE/FGV a partir dos micro dados. Censo Demográfico de 2000/IBGE.

Notas:

* Os valores referentes a essas variáveis são médias. A variável educação refere-se aos anos médios de estudo; jornada refere-se à jornada de trabalho semanal e à renda do trabalho principal referente à população ocupada.

** Sem voto refere-se às crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade.

*** Idosos refere-se às pessoas com idade acima de 60 anos.

**** Afros refere-se às pessoas que se declararam de cor preta ou parda.

***** Miseráveis refere-se às pessoas com renda familiar per capita abaixo de 1/2 salário mínimo.

***** Sem escola refere-se às pessoas com escolaridade inferior a 1 ano.

Seguindo as categorias utilizadas na pesquisa da FGV, a Tabela 13 destaca desigualdades de raça (afros e indígenas), gênero (mulheres), renda (miseráveis), educação (sem escola) e participação política em função da baixa idade (sem voto) entre pessoas com e sem deficiência. Essas informações foram complementadas com características gerais, tais como percentual de homens na população, anos médios de estudo, população em idade ativa, renda média e jornada semanal de trabalho

A Tabela 13 mostra uma grande diferença entre o percentual de afro-descendentes (aqueles que se autodenominam de cor parda ou negra), grupo historicamente discriminado - na Paraíba (57%) e em São Paulo (27%). No primeiro Estado mencionado, representam a maioria da população. Em ambas as Unidades da Federação não existe diferença significativa entre afro-descendentes com e sem deficiência. Também, constituem a maioria das pessoas com deficiência da Paraíba.

Em relação ao sexo, em ambos os Estados, as mulheres representam mais de mais de 50% da população. Em São Paulo constituem a maioria da população com deficiência (52,68%); na Paraíba elas representam 55,25% desse grupo com 11% a mais que os homens.

A idade média da população com deficiência é alta, quase 50 anos, sem muita diferença entre os dois estados, São Paulo (47,69%) e Paraíba (47,87%). No entanto, é muito elevada a diferença de idade desse universo do grupo de pessoas sem deficiência, 24 anos na Paraíba e 20 anos em São Paulo. Além disso, a tabela mostra que aproximadamente 30% das pessoas com deficiência têm mais de 60 anos, sendo que esse percentual é apenas de 4,34% na Paraíba, e 5,59% em São Paulo, para a população sem deficiência.

Um aspecto que merece destaque é a grande diferença da média de renda familiar entre a população de São Paulo (R\$ 867,19 mensais) e a população da Paraíba (R\$ 354,62). Considerando-se a deficiência em São Paulo, não existe muita diferença entre as pessoas com deficiência (R\$ 814,12) e as sem deficiência (R\$ 874,01%). Na Paraíba, a situação é grave. Como já vimos, o estado apresenta a taxa mais alta de pessoas com deficiência do país (18,76%); a sua renda mensal é a mais baixa, apenas R\$ 287,00; o tempo médio de estudos são 2,8 anos, o segundo mais baixo do Brasil, e a jornada de trabalho de 38,72 horas semanais, a menor do país.

Um aspecto que chama a atenção, e a grande diferença entre a percentagem de miseráveis (pessoas com renda familiar per capita abaixo de 1/2 salário mínimo) da Paraíba (52,8%) e São Paulo (14,6%). No caso da Paraíba, cabe destacar que a proporção de miseráveis entre as pessoas com deficiência (42,93%) é menor que a proporção de miseráveis entre as pessoas sem deficiência (55,13%) . Isso pode ser explicado pela ação das políticas públicas para os deficientes como o Benefício de Prestação Continuada.

Quando consideramos o grau de escolaridade da população, constatam-se diferenças importantes entre ambos os Estados e entre os grupos de pessoas com e sem deficiência. Em relação aos anos médios de estudos e à percentagem de pessoas com menos de 1 ano de escolaridade, o Estado de São Paulo, logicamente, mostra uma melhor situação. Comparando os anos de estudo das pessoas com e sem deficiência, a situação é semelhante entre as duas Unidades da Federação, aproximadamente um ano de diferença a favor das pessoas sem deficiência. Quando se trata de escolaridade inferior a 1 ano, mais uma vez a situação da Paraíba é grave: quase 40% das pessoas com deficiência caem nessa categoria. No entanto, a percentagem das pessoas sem deficiência não é muito diferente (32,13%).

Em geral, observamos que, na Paraíba, as principais características que diferenciam o grupo de pessoas com deficiência e sem deficiência são: a renda mensal, a renda per capita e a educação, variáveis altamente correlacionadas em um grupo historicamente discriminado.

Para concluir esse retrato da Paraíba, podemos dizer que a maioria das pessoas com deficiência é parda ou negra, é mulher, idosa, miserável e com menos de um ano de escolaridade, configurando-se, assim, a relação da deficiência com o quadro estrutural e discriminatório da Paraíba.

8.3 Deficiência visual na Paraíba

A Tabela 14 apresenta informações do Censo Demográfico de 2000, sobre a população residente na Paraíba, por deficiência visual e características sócio-demográficas.

Cabe destacar que não existem muitas diferenças entre as características dos deficientes visuais no Brasil (Tabela 12) e na Paraíba. Esse

Estado apresenta uma percentagem levemente maior, 71,74% contra 67,7% no Brasil.

Em relação à idade dos grupos extremos, 77,4% das pessoas que apresentam problemas visuais têm mais de 65 anos e 22,6%, até 14 anos de idade. Além disso, se considerarmos apenas esse grupo de idade (0 – 14 anos), mais de 50% das pessoas com deficiência apresentam problemas desse tipo. Não é temerário afirmar que essa grave situação está relacionada com o estado nutricional das crianças.

Considerando-se o sexo, podemos constatar que entre as pessoas que têm problemas visuais, a maioria é mulher (56,38%).

Em termos de rendimento, já analisamos a situação de miséria que vive a maioria da população paraibana, em particular, as pessoas com deficiência. Não existem maiores diferenças relacionadas com a população que apresenta problemas visuais. Também, a maioria vive em pobreza absoluta.

Concordamos com a FGV (2003) quando afirma que a pobreza é um fenômeno multidimensional, cujas causas estão relacionadas com a falta ou a dificuldade de acesso a ativos físicos, sociais e humanos. Quando se pensa em estratégias para a superação da pobreza, o maior desafio é a redução da desigualdade, porque a pobreza está relacionada com o nível de rendimentos da população e com os critérios e mecanismos existentes de distribuição de renda, como forma de diminuir as desigualdades. Cabe ressaltar que a pobreza não é um fenômeno puramente econômico, que pode ser superada através da distribuição de renda. Além disso, não se caracteriza apenas pela falta de acesso a riquezas financeiras, mas, também, pela impossibilidade de se obter serviços básicos, como educação, saúde e habitação, além de não se ver respeitados os direitos humanos

Tabela 14

**População residente por deficiência visual e características
sócio-demográficas - Paraíba - 2000**

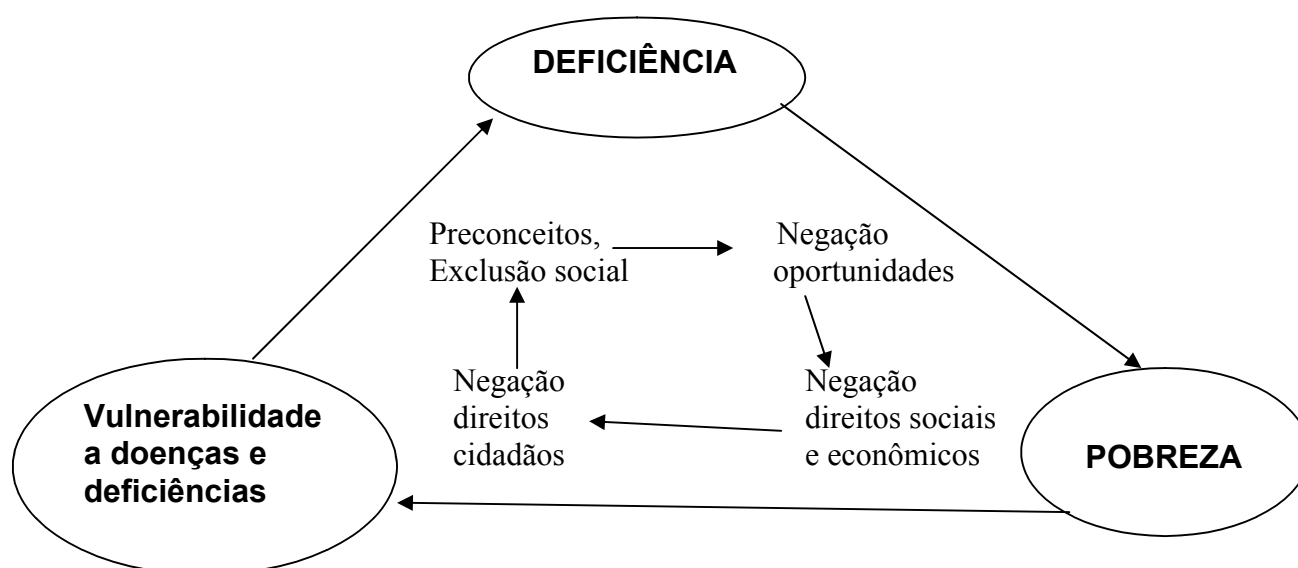
Características	População Residente				
	População Total	Pelo menos uma deficiência(a)	%	Graves problemas visuais(b)	% (b)/(a)
PARAÍBA	3.444.794	646.099	18,76	463.505	71,74
Sexo					
Homens	1.672.451	289.119	44,7	195.802	42,3
Mulheres	1.772.343	356.981	55,3	267.702	57,7
Idade					
0 - 14	1.083.901	57.201	25,8	35.040	22,6
65 e mais	247.415	164.046	74,2	120.407	77,4
Rural	1.000.405	188.943	29,1	139.397	30,0
Urbana	2.444.389	457.157	70,9	324.108	70,0
Cor					
Branca	1.467.260	269.887	42,1	190.808	41,4
Preta	136.577	31.294	4,9	22.780	5,0
Amarela	2.439	599	0,1	407	0,1
Parda	1.801.161	337.546	52,6	244.550	53,1
Indígena	10.088	2.221	0,3	1.704	0,4
Rendimento(*)					
Total	972.828	173.669	100,0	131.820	100,0
Até 1 s.m	461.099	94.118	54,0	72.707	55,3
1 a 5 s.m.	419.093	67.594	39,1	50.945	38,6
mais de 5	92.636	11.957	6,9	8.168	6,1

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000

(*) Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência. Sem incluir benefícios

Sabemos que a pobreza tende a reproduzir-se de geração em geração, por meio de fatores que afetam as possibilidades de desenvolvimento dos sujeitos. Uma criança nascida em ambiente social empobrecido terá grandes chances de ser tão pobre quanto seus pais, isto se a família não tiver acesso a serviços que minimizem os efeitos da pobreza. Isso pode explicar o fato de um número significativo de pessoas com deficiência ser oriundo de classes sociais baixas e, portanto, com dificuldade de acesso à informação e aos serviços sociais.

Gráfico 4
 RELAÇÃO ENTRE POBREZA E DEFICIÊNCIA



Fonte: Elaborado a partir de informações da Organização "Inclusion International," 2005

Programas compensatórios voltados para as pessoas com deficiência podem conseguir diminuir o grau de pobreza, mas não são suficientes para fazer com que as rendas per capita médias desses grupos superem as do conjunto da população. A vantagem das políticas compensatórias é a velocidade dos seus efeitos, porém, em geral, são transitórios porque depois, da retirada desses incrementos de fluxo de renda, a situação dos grupos afetados tende a voltar para o estado original.

As pessoas com deficiência carecem de políticas estruturais que propiciem geração permanente de renda. O problema desse tipo de iniciativa é a lentidão para que seus benefícios sejam sentidos, como atestam as políticas educacionais tradicionais – surtem efeito apenas quando o indivíduo começa a trabalhar.

O problema da política social brasileira em geral, e daquela voltada para as pessoas com deficiência, em particular, é a dominância do aspecto compensatório continuado que não deixa raiz na vida das pessoas, porque, uma vez interrompido o programa, a sua clientela volta à marginalidade original. Daí a importância de programas voltados para as pessoas com deficiência, como a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) serem

constitucionais, diminuindo a vulnerabilidade social vinculada aos ciclos políticos das iniciativas públicas.

No entanto, serão discutidas as características da FUNAD e do Instituto dos Cegos da Paraíba, escolhidos como agências estaduais que atendem os deficientes visuais na Paraíba.

8.4 Características da FUNAD e do Instituto dos Cegos da Paraíba

8.4.1 FUNAD - FUNDAÇÃO CENTRO INTEGRADO DE APOIO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência-FUNAD⁹, surgiu a partir da entidade de deficiência física, a Fraternidade Cristã de Doenças e Deficientes da Paraíba-FCD, para atender às necessidades dos deficientes, principalmente físicos e visuais, os mesmos não tinham local adequado para a reabilitação e o lazer.

De início, a FUNAD recebeu o nome de CIAD – Centro Integrado de Apoio da Paraíba, mas, com a necessidade de elaboração de projetos, foi preciso acrescentar-se a palavra Fundação. Essa instituição teve a contribuição do Governo Estadual (na época do Governador Tarcisio Burity), dos próprios deficientes e de alguns de seus representantes.

A Fundação foi criada pela Lei 5.208 de 18/12/89, tendo como atribuição básica habilitar, reabilitar, profissionalizar e inserir no mercado de trabalho, pessoas com deficiência, bem como desenvolver programas de prevenção e capacitação de recursos humanos. Gerencia ainda, as ações de educação especial em todo o Estado. Atende pessoas com deficiência mental, visual, auditiva, física, múltiplas, acidentados de trânsito, do trabalho, seqüelado de hanseníase e pessoas com necessidades educativas especiais.

Possui uma área de 33.678,00m² de área de construção, com 8.891,00m² de área coberta, dividida em dois pavimentos.

⁹ ⁹FUNAD – órgão estadual cujo objetivo é atender todos os tipos de deficiência, atuar na prevenção, desenvolver ações de interiorização dos atendimentos, habilitar, reabilitar e qualificar para o trabalho pessoas com deficiência, como órgão gerador de ações e gerenciador de políticas públicas que tem sobre sua responsabilidade atender outras instituições congêneres entre elas o Instituto dos Cegos da Paraíba, entidade fundada em 1944 atuando exclusivamente com os deficientes visuais.

O terreno possui 2 auditórios para 200 pessoas cada, biblioteca, oficinas, cozinha/refeitório, ambulatório médico-odontológico, praça de recreação, área administrativa.

O pavimento superior: área administrativa, coordenadorias de atendimento à pessoa com deficiência visual, mental, auditiva, física, educação integrada, educação especial e ginásio com duas piscinas térmicas.

A área externa possui: alojamento com 16 apartamentos, piscina, oficinas, estacionamento, reservatório e poço artesiano.

A FUNAD é uma organização de natureza governamental, de âmbito estadual, cujo objetivo é integrar a pessoa com deficiência visual, mental, auditiva e físico na sociedade e no mercado de trabalho, assim como, proporcionar-lhes todo e qualquer tipo de apoio: saúde, educação, lazer, cursos profissionalizantes, ou seja, tudo de que a pessoa deficiente necessita para sua reabilitação e para sua inclusão no mercado de trabalho, bem como na sociedade.

A Fundação recebe recursos financeiros do Governo Federal, do SUS e do Governo Estadual. O apoio do Estado se dá através da Secretaria de Saúde, da Educação, do Trabalho, de Serviço Social, Justiça e Cidadania. Recebe apoio da Prefeitura e de Organizações Nacionais, como a CORDE – Coordenação Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência; da FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional e Organizações Internacionais, tendo como diretriz priorizar o processo de integração social. A FUNAD tem convênio com a Prefeitura de João Pessoa, Patos, Campina Grande e outros municípios.

A FUNAD, através de seu corpo técnico-administrativo e de apoio, vem desenvolvendo um trabalho de habilitação, reabilitação e capacitação profissional junto às pessoas com deficiência, como também, vem desenvolvendo programas de prevenção das deficiências, através dos seguintes serviços:

Coordenadoria de Triagem e Diagnóstico – CORDI, que tem o objetivo de proceder a triagem sócio-psico-pedagógica, fisioterapêutica, fonoaudiológica, do ambulatório médico e odontológico, do diagnóstico patológico nas áreas de deficiência visual, mental, auditiva e múltiplas, bem como o encaminhamento clínico dos usuários em atendimento, avaliação e encaminhamento clínico dos

usuários em atendimento e Avaliação e encaminhamento às Coordenadorias afins e de outros órgãos especializados.

Coordenadoria de Atendimento a Pessoas com Deficiência Mental – CODAM, que faz orientação e acompanhamento familiar, estimulação precoce, atividades de vida diária, desenvolvimento e aquisição de habilidades básicas, adaptação psicossocial, psicomotricidade, arteterapia, atendimento ao Autista e projetos SOS Down.

Coordenadoria de Atendimento a Pessoa com Deficiência do Áudio Comunicação- CODAPA, que tem serviços a partir do Serviço social, psicologia, orientação familiar, estimulação precoce, habilidades básicas I e II, Intérprete de Libras, Serviço de audiologia, fonoterapia, pré-profissionalizante e instrutor de Libras.

Coordenadoria de Atendimento a Pessoa com Deficiência Visual – CODAVI, que também trabalha com serviço psicossocial, estimulação precoce, habilidades básicas, técnicas de Braille, manuscrito, atividades de vida diária (AVD), ludoterapia, livro falado, imprensa braille, baixa visão (estimulação visual, treinamento óptico e acompanhamento escolar).

Coordenadoria de Atendimento a Pessoa com Deficiência Física – CODAFI, com atendimento especializado nos serviços de fisioterapia, psicossocial, estimulação precoce, terapia ocupacional, apoio pré-profissionalizante e orientação familiar, piscina térmica de hidroterapia.

Coordenadoria de Treinamento, Produção e Apoio Profissionalizante – CORPU, que recebe pessoas com deficiências e familiares para cursos, dando oportunidade de aumentar sua renda familiar através de oficina de encadernação manual, serigrafia, corte e costura, artesanato, fabricação de jogos lúdicos, higiene e beleza, embalagens e produção de cosméticos e oficina de culinária especial.

Coordenadoria de Educação Integrada - CODEI, que o acompanhamento sócio-psico-pedagógico, através do Serviço de Orientação Familiar. Atendimento psico-pedagógico em salas de recursos e brinquedoteca.

Comissão Permanente de Prevenção das Deficiências e Interiorização – COPREDI, que tem um trabalho interno e externo da FUNAD com palestras educativas, capacitação de agentes de prevenção, promoção de campanha de prevenção em ação conjunta com município, instituições e entidades.

Assessoria de Educação Especial - AEE, que faz assessoramento sócio-psico-pedagógico nas escolas do Estado, com os professores que trabalham com alunos com dificuldades de aprendizagem, instituições conveniadas e divulgam os serviços da FUNAD para onde encaminham os alunos com necessidades educacionais especiais. Capacita recursos humanos e faz planejamento sistemático das ações pedagógicas.

Assessoria de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência – ADPD, cujos objetivos é combater as discriminações de qualquer natureza contra as pessoas com deficiência; fazer acompanhamento da execução das ações governamentais e intercâmbio com entidades e/ou instituições locais, estaduais, nacionais e internacionais, voltadas para a pessoa portadora de deficiência.

Núcleo de Educação Física e Desportos – NED, que programa as atividades físicas das pessoas com deficiência, assessoramento às escolas, instituições de e para pessoas com deficiência. Programas de educação física e desportos, promoção de eventos esportivos. Basquete sobre rodas, futsal, recreação, atletismo, voleibol e outros.

Núcleo de Vivência em Artes - NVA, que procura fazer um trabalho objetivando a socialização das pessoas com deficiência, através das oficinas de: dança, da argila, música, jogos dramáticos, artes plásticas, teatro, literatura infantil, artesanato.

A **Biblioteca**, com os objetivos de difundir a socialização do saber através do hábito da leitura para a aquisição do conhecimento; prestar serviços: videoteca, incentivo à leitura com atendimento ao *Braille*, empréstimo, devolução e pesquisa, apoio à família.

Escola Ana Paula Ribeiro Barbosa Lira, criada em 16/02/98, para atender às necessidades das pessoas com deficiência, objetivando a sua escolarização na perspectivas de inclusão, em atendimento às novas recomendações emanadas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei Federal nº 9.394 de 20.12.96), está vinculada a Secretária da Educação do Estado e é direcionada as pessoas com deficiência que estão fora da faixa etária e não conseguiram alfabetizar-se , dando-lhes oportunidade de vivenciar uma prática pedagógica que venha atender às suas reais necessidades e interesses.

Através desses serviços, a FUNAD vem produzindo resultados satisfatórios, sobretudo conquistando um espaço na sociedade para as pessoas com deficiência que estão tendo os seus direitos como cidadãos respeitados, visto que, algumas pessoas com deficiência já estão engajados em empresas como trabalhadores e vêm conseguindo assegurar-lhes benefícios, como ônibus adaptados, rampas em locais públicos, telefones baixos, locais de estacionamento. Assim, a deficiência deixa de ser uma questão de filantropia e caridade, para a conquista da cidadania de direito social e de dever do Estado.

Seu corpo técnico é formado por uma equipe multidisciplinar composta de reabilitadores, assistentes sociais, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos especialistas, odontólogos, pedagogos, professores, psicólogos, interpretes, instrutores de libras, técnicos em orçamentos, bibliotecários, educador físico e artista plásticos.

8.4.1.1 FUNAD – CODAVI

Como o foco da pesquisa na FUNAD é a CODAVI – Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Visual terá uma maior abordagem para se conhecer melhor os seus serviços.

A CODAVI atende a pessoa cega, de baixa visão e com deficiências múltiplas, tendo como objetivos habilitar, reabilitar esse segmento, favorecendo o exercício pleno de sua cidadania. A clientela envolve uma faixa etária de zero a sem limites de idade, considerando-se que o ser humano cresce/aprende, durante toda a sua trajetória e busca uma melhor condição de vida, independente da idade o que representa uma questão de existência humana.

O trabalho desenvolvido na coordenadoria é de caráter bastante amplo, englobando o usuário (pessoa com deficiência) diretamente, através das atividades do processo de reabilitação, do apoio pedagógico à pessoa com deficiência visual (baixa visão) que está inserida no sistema escolar e aos familiares e profissionais que, de alguma forma, fazem parte de seu contexto.

A clientela, em sua grande maioria, faz parte de uma classe bastante sacrificada financeiramente, que busca, muitas vezes, os serviços com o

objetivo maior de adquirir o Benefício de Prestação Continuada. Partindo desse pressuposto, o serviço de orientação familiar faz um trabalho de conscientização quanto as ações da política de atendimento a pessoa com deficiência, seus benefícios, conquistas (passe-livre municipal, estadual e federal, aposentadoria por invalidez, participação em quotas para mercado de trabalho, aquisição de órteses e próteses), para que os mesmos possam usufruir dessas ações.

O usuário FUNAD/CODAVI passa por um processo de triagem e diagnóstico, através de estudo de caso por equipe multiprofissional que define a hipótese diagnóstica, sendo confirmada posteriormente com a continuidade do atendimento, realizada pelas coordenadorias afins. A maioria das deficiências visuais é provocada por patologias oculares (retinopatia da prematuridade, glaucoma, ceratocone, nistagmo, retinopatia diabética, retinose pigmentar). Enfatizamos que, na maioria dos casos, tais patologias provocam a baixa visão e, em parcela menor, a cegueira. Concluímos, então, que encontramos estatisticamente maior número de deficientes com visão subnormal, que podem utilizar recursos ópticos (recomendados pelo especialista), como lupa, telulupa, lupa eletrônica, visando a uma melhora na qualidade da imagem visual. A evolução das patologias ocorrem geralmente no curso da vida do indivíduo. Mesma que tais patologias sejam congênitas, sua concretização só ocorre na primeira ou segunda infância.

Atende-se cerca de 250 usuários/mês, com 70% da clientela de baixa visão. Os serviços oferecidos pela coordenadoria atendem à necessidade de cada usuário, cada comprometimento, o que nos leva a definir um programa a ser cumprido, respeitando os limites e o tempo de cada usuário, cujo término dependerá também do investimento em nível de frequência e envolvimento no processo de reabilitação.

Os serviços oferecidos pela CODAVI são:

- Psicossocial: Apoio Psicológico, Serviço Social
- Habilidades Básicas (HB)
- Manuscrito
- *Braille*
- Orientação e Mobilidade (OM)
- Atividades de Vida Diária (AVD)

- Serviço de Visão Subnormal (Estimulação visual, treinamento de recursos ópticos, tratamento de estrabismo, apoio pedagógico).

O CAP – O Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual, tem como objetivo garantir a permanência do aluno com deficiência visual na escola regular, através do Núcleo de Produção Braille, Apoio Pedagógico ao aluno de baixa visão (adaptação de material didático), Núcleo de Convivência, Núcleo de Tecnologia, favorecendo, assim, o exercício pleno da cidadania desse segmento populacional.

8.4.2 INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA – ADALGISA CUNHA

A outra instituição abordada neste trabalho é o Instituto dos Cegos da Paraíba, fundado em 1944 por D. Adalgisa Duarte da Cunha, passando a ostentar o nome de sua fundadora, a partir de 1961, como INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAIBA ADALGISA CUNHA. Ele está sediado na Avenida Santa Catarina, nº 396, Bairro dos Estados, na cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba.

Ninguém sabe ao certo que motivos levaram essa senhora a criar o Instituto dos Cegos. O que podemos afirmar, sem medo, é que, numa época em que a educação de pessoas cegas ainda era um desafio no Brasil e na sua grande maioria, vistas como um estorvo para suas famílias, uma senhora da sociedade acreditou que nelas havia um potencial adormecido e resolveu mostrar aos descrentes que, incentivadas, as pessoas cegas seriam capazes de superar suas próprias limitações.

D. Adalgisa iniciou seu intento com muita ousadia: rompeu inúmeras barreiras, aprendeu o Sistema *Braille*, escreveu os primeiros livros para seus alunos cegos e, a seu exemplo de coragem e determinação, juntaram-se outras pessoas. Falecida em 15 de novembro de 1971, deixou sua obra firmada em bases sólidas, legando, também, um patrimônio físico que garantiria a continuidade das ações beneméritas.

O Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha é uma entidade filantrópica, de direito privado e sem fins lucrativos. Reconhecido como de Utilidade Pública Estadual e Municipal, está registrado no Conselho Nacional de Assistência Social, no Conselho Estadual de Educação, nos Conselhos Municipais de Assistente Social, de Saúde, da Criança e do Adolescente. Ele

se mantém mediante convênios com instituições governamentais e não-governamentais, assim como por doações da sociedade civil.

Portanto, o Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Duarte da Cunha recebeu esse nome em homenagem à professora e fundadora, e atende hoje cerca de 80 alunos, sendo 20 deles internos os demais externos. A Direção pretende ampliar mais esse quadro com alunos adultos, fazendo terapias educacionais. São oferecidas aulas da alfabetização à 4ª Série do Ensino Fundamental, no turno da manhã, de segunda a sexta-feira. "Após a 4ª série, o instituto funciona como apoio aos estudantes que, em outras escolas públicas ou particulares, cursam até o 3º ano do ensino médio, o que denominamos de setor itinerante".

Atualmente, visando prestar assistência a crianças, adolescentes, jovens e adultos com deficiência visual, nas áreas de educação, reabilitação, profissionalização, cultura, esportes e lazer, funciona como escola, até a 4ª série do Ensino Fundamental, nos regimes de internato, semi-internato e externato. Como internos, são admitidos os deficientes visuais na faixa etária dos cinco aos 17 anos.

No setor reabilitatório, o Instituto ministra cursos de Orientação e Mobilidade (OM), Atividades da Vida Diária (AVD), Técnicas de *Braille* e Sorobã, Datilografia *Braille*, Escrita Cursiva, Iniciação à Microinformática e à Música. Na área desportiva, desenvolve as modalidades de atletismo, futebol de salão, natação e *goalball*, num trabalho de parceria com a Associação Paraibana de Cegos - APACE.

A clientela é de pessoas com deficiência visual e visão subnormal. A equipe de trabalho é formada por: Coordenadora Pedagógica, Assistente Social, Psicólogo, Supervisor Escolar e professores.

Antigamente a Instituição funcionava, também, nos fins de semana. Por conta das despesas com os funcionários da casa, os alunos internos passam os fins de semana em suas casas, retornando ao Instituto somente na segunda-feira. Por conta disso, os alunos que residem no interior do Estado têm dificuldades de ficar internos, pelo deslocamento nos fins de semana.

Os alunos do Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha contam com o acompanhamento da Instituição, quando estão lecionando em universidades. Segundo a direção do Instituto, os alunos contam com

professores itinerantes que os acompanham, não somente nas Universidades, bem como, em escolas da Grande João Pessoa.

Os professores itinerantes do Instituto dos Cegos Adalgisa Cunha fazem a parte de ajuda aos alunos no preparo das tarefas diárias e para as provas mensais, entre outras atividades educativas. Apesar desse acompanhamento, ainda enfrentam diversos tipos de problemas para ingressarem em uma Universidade, informa a direção.

8.5 CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL NA FUNAD E NO INSTITUTO DOS CEGOS DA PARAÍBA

Objetivando complementar as informações organizacionais e conhecer as características sócio-demográficas das pessoas com deficiência atendidas por ambas as instituições, decidimos fazer um levantamento de dados na FUNAD e no Instituto dos Cegos da Paraíba. O referido levantamento incluiu 158 prontuários na Coordenação de Atendimento às pessoas com Deficiência-CODAVI na FUNAD e 43 fichas de matrículas dos alunos atendidos no Instituto dos Cegos.

Para melhor compreensão foram elaboradas duas tabelas: a Tabela Nº 15, que faz referência às características sócio-demográficas dos Deficientes Visuais em relação aos órgãos aqui mencionados e, a Tabela Nº 16 relacionada com as características sócio-demográficas dos pais ou responsáveis das pessoas com essa deficiência, conforme discriminação abaixo:

De acordo com o resultado da Tabela 15, podemos destacar que, em relação à idade dos deficientes visuais pesquisados na FUNAD, 64,6 % estão entre 0 a 9 anos de idade, uma vez que, no Instituto dos Cegos, 51,2 % estão na faixa de 10 a 19 anos, e 39,5 % têm de 0 a 09 anos de idade. O que podemos verificar é que a FUNAD atende a partir da estimulação precoce com seu quadro técnico multi-profissional mais completo. Em relação ao local de nascimento quanto à FUNAD (50,3%) e ao Instituto dos Cegos (44,2%), a maior prevalência foi João Pessoa.

Considerando a escolaridade, podemos constatar que na FUNAD (67,3%) e no Instituto dos Cegos (65,1%) houve maior incidência dos que estudam até a 9ª série do Ensino Fundamental. Isso demonstra que os pais ou

responsáveis pelos deficientes estão colocando seus filhos nas escolas. Isso se constata, também, quando analisamos o item trabalho, onde se percebe que na FUNAD só 4% trabalham e, no Instituto dos Cegos, nenhum aluno trabalha.

Tabela 15
Características Sócio-demográficas das Pessoas com Deficiência (em percentagens)

Características	FUNAD	INSTITUTO DOS CEGOS
Idade		
0 a 9 anos	64,6	39,5
10 a 19	10,8	51,2
20 e mais	24,6	9,3
Local de Nascimento		
João Pessoa	50,3	44,2
Zona Metropolitana	17,6	9,3
Outras Cidades Pb	29,6	39,5
Outros Estados	2,5	7,0
Escolaridade		
Analfabeto e Alfabetizado.	16,4	2,3
Até 9ª Ensino Fundamental.	67,3	65,1
Ensino Médio	14,3	32,6
Ensino Superior	2,0	0
Situação Trabalho		
Sim	4,5	s.d
Não	95,5	s.d
Motivos da Cegueira		
Congênita	85,3	85,7
Doença	8,2	0
Hereditária	3,0	9,5
Outras	3,5	4,8

Por fim, analisamos a questão dos motivos da cegueira e obtivemos como resultado, quanto à FUNAD (85,3%) e ao Instituto dos Cegos (85,7%), a cegueira congênita, que teve maior incidência. Assim, podemos perceber que os resultados confirmam os da literatura, onde esclarece que, na maioria, a deficiência visual está relacionada com problemas na gravidez e que muitos casos congênitos são provocados por viroses e patologias.

Em relação às características sócio-demográficas dos pais das Pessoas com deficiência visual (Tabela 16) que foram pesquisadas na FUNAD e no Instituto dos Cegos, percebemos que quanto ao número de pessoas naquelas residências a maioria está entre 4 a 5 pessoas: a FUNAD com 45,3% e o Instituto com 48,8%. E quanto a escolaridade do pai, observou-se que a maioria é analfabeta ou alfabetizada. Na FUNAD, com 52,2% e o Instituto, com 67,4%.

Tabela 16

Características Sócio-demográficas dos Pais das Pessoas com Deficiência (em percentagens)

Características	FUNAD	INST. DOS CEGOS
Número de Pessoas na Moradia		
01 a 03 pessoas	33,2	7,0
4 a 5 pessoas	45,3	48,8
06 + pessoas	21,5	44,2
Escolaridade do Pai		
Analfabeto e Alfabet.	42,7	67,4
Até 9ª Ens Fund.	40,8	18,7
Ensino Médio	14,8	11,6
Ensino Superior	1,7	2,3
Escolaridade da Mãe		
Analfabeta e Alfabet.	21,2	53,5
Até 9ª Ens Fund.	52,2	32,6
Ensino Médio	22,7	11,6
Ensino Superior	3,9	2,3
Trabalho dos Pais ou Responsáveis		
Trabalha só o pai	61,9	41,9
Trabalha só a mãe	10,8	4,7
Trabalham os dois	8,9	23,2
Não trabalham	10,8	20,9
Pensionistas	7,6	9,3
Ocupação do Pai ou Responsável (*)		
Técnico Médio	1,9	3,2
Serv. Adm. e Comerc.	36,8	45,2
Agropecuária	20,7	16,1
Prod. Indus.	6,6	0
Autônomo	27,4	25,8
Profissional e Militar	6,6	9,7
Renda Familiar		
Menos 1 SM	15,1	27,8
1 - 1 1/2 SM	54,8	30,6
2 - 2 1/2 SM	16,6	22,2
3 + SM	13,5	19,4

(*) A ocupação da mãe teve frequências muito baixas. A maioria era empregada doméstica

Já em relação à escolaridade da mãe, a FUNAD mostrou que a maioria das mães ficou na faixa de até a 9ª série do ensino fundamental, com 52,2% e no Instituto a maioria das mães, também é analfabeta ou alfabetizada com 53,5%.

Quanto ao trabalho dos pais ou responsáveis o que chamou maior atenção, nos dois órgãos, foi que só o pai trabalha, apontando-se a FUNAD com 61,9% e o Instituto com 41,9%. Entretanto, a ocupação com mais relevância foi serviços administrativos ou comerciais, tanto para a FUNAD (36,85), quanto para o Instituto (45,2%).

Ainda a renda familiar analisada, a maior incidência foi entre um salário mínimo e um salário e meio, tanto para a FUNAD (54,8%) quanto para o Instituto (30,6%).

Assim, esses dados permitem afirmar que a situação das pessoas com deficiência e seus familiares convivem com a pobreza, em diversos aspectos, necessitando de políticas públicas mais justas e eficazes que possam mudar esse cenário perverso e cheio de contradições.

As idéias aqui construídas nos levaram a elaborar pontos que consideramos reflexões finais sobre o tema. Nesse sentido, estão colocadas nas considerações finais algumas proposições que poderão suscitar ações que visem minimizar os problemas das pessoas com deficiência visual no contexto da pobreza e da exclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se realizar uma breve retrospectiva histórica, verificou-se que, desde os primórdios da civilização, a pessoa com deficiência tem passado por problemas causados pelos preconceitos sociais, que estigmatizam, excluem e reforça seu estado de pobreza na sociedade. A história nos traz mitos desses exemplos, assim como, a superação dos limites dos deficientes. Na verdade, foi somente nos tempos recentes que a pessoa com deficiência passou a ser percebida pelo Estado e pela Sociedade, ou seja, mais especificamente, a partir da Organização das Nações Unidas – ONU, que passou a dedicar-se ao problema. (1975).

Entretanto, foi observado que a ONU, em seus estudos relata a existência de cerca de 500 milhões de deficientes no mundo, 80% vivendo em países em desenvolvimento e, deles, mais de 180 milhões têm deficiência visual e 82% das pessoas com deficiência vivem abaixo da linha da pobreza nos países em desenvolvimento, correspondendo a cerca de 400 milhões de pessoas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência, representando 10% da população. Já os dados do Censo 2000 nos informam que existem 24,5 milhões de pessoas com deficiência no país e entre as quais 16,5 milhões de deficientes visuais que fazem parte do grupo mais numeroso das pessoas com algum tipo de deficiência. No entanto, é necessário esclarecer, que, nesta Tese, trabalhou-se com os dados do IBGE, elaborados no ano de 2000.

Assim, procurou-se investigar que considerando que, pobreza gera deficiência e deficiência gera pobreza, nenhuma política educativa, voltada para essas pessoas, será eficaz, se não mudar a estrutura sócio-econômica brasileira. Foi delimitado como foco do estudo o deficiente visual.

Trabalharam-se, também, as relações entre deficiência e pobreza, ressaltando-se que esse fato merece um foco de atenção do poder público, pois pessoas pobres, mulheres, negros, índios, vivem situações de preconceito, discriminação, violência e de exclusão a direitos e bens sociais. E quando são deficientes, são multiplicadas essas condições. Perpetuando-se a segregação e a exclusão que limita a participação do deficiente nas relações

sociais, a sociedade se exime de sua responsabilidade nessa situação e desenvolve estratégias de benemerência, ao invés de ações políticas que garantam a equiparação de oportunidades e a acessibilidade desses deficientes aos direitos de todos os cidadãos.

É indiscutível que a transformação social, necessária para a inclusão, não depende apenas de ações pontuais, específicas e momentâneas. Necessitam de políticas públicas, conseqüentes, intersetoriais e articuladas, de forma a contemplar todas as dimensões da vida dessas pessoas.

Assim, a luta pela igualdade de oportunidades nunca deverá ser confundida com privilégios em favor da pessoa com deficiência. Ao contrário: eliminar obstáculos, dificuldade, diferenças e preconceitos, consiste em se estabelecerem direitos a todos. Se não bastassem as limitações decorrentes da própria deficiência a que as pessoas estão sujeitas, ainda sofrem com a discriminação, a exclusão e o descaso do poder público no que se refere à adoção de medidas concretas tendentes a proporcionar sua integração junto à comunidade em que vivem.

No decorrer deste trabalho procurou-se mostrar que a pobreza e a deficiência caminham de mãos dadas, uma causando a outra. A relação deficiência-pobreza também é alvo de estudo realizado pelo Banco Mundial, que estima que 2/3 da população com deficiência no mundo vive nessa situação. O problema é agravado por questões comuns em países subdesenvolvidos, como a falta de água, de comida e nutrientes; de educação e de sistema de saúde eficiente; oportunidades de emprego e de acesso aos meios de comunicação e à informação, em geral.

Entretanto, não se precisou ir muito longe para se perceber que quem vive em situação de risco social tem mais probabilidade de adquirir deficiência por enfrentar gravidez e parto traumáticos; trabalhar em piores situações de segurança e saúde; habitar casas precárias e com condições mínimas de higiene. Além disso, muitas pessoas são submetidas à má nutrição ou à fome e, frequentemente, muitas delas são atingidas por guerras civis e conflitos armados em sua comunidade.

Observou-se, também, que como conseqüência de nosso ainda precário estágio de desenvolvimento social, além da herança cultural que torna as "pessoas com deficiência" absolutamente dependentes e subordinadas, nesse

processo. As políticas sociais tradicionais reservam e canalizam para a Assistência Social, a Saúde ou Educação as demandas dessa área. Ainda é dominante o senso comum de que essas demandas são restritas à área da assistência social, que é, sem dúvida, uma importante política social para as "pessoas com deficiência", uma vez que nossa realidade perversa e excludente coloca um imenso contingente populacional na faixa da pobreza absoluta, para quem a assistência social, construtiva e transformadora, tem um amplo campo de trabalho.

Sabe-se que nossa Constituição Federal de 1988 foi o marco histórico no país para se assegurar o direito à inclusão social da pessoa deficiente. Porém, embora as leis brasileiras de proteção dos direitos das pessoas com deficiência sejam abrangentes, elas não são efetivamente concretizadas. Isso se deve à falta de políticas públicas não direcionadas, como também, à inexistência da necessária e suficiente organização da sociedade.

Portanto, as possibilidades de "inclusão" dessas pessoas, são incompatíveis com as políticas de ajuste neoliberal, que priorizam programas focalizados e residuais de combate à exclusão e deixam em segundo plano as políticas públicas com concepção de direito universal. Então, caso não se faça alteração nessa estrutura, pouco ou nada se pode esperar das atuais políticas de combate à exclusão das pessoas com deficiência.

Evidencia-se, ainda, a percepção de que a deficiência está na sociedade e não nos atributos dos cidadãos que apresentam algum impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial. Na medida em que a sociedade remova essas barreiras culturais, tecnológicas, físicas e atitudinais, as pessoas têm assegurada ou não a sua cidadania.

No decorrer deste trabalho, foram elaboradas várias tabelas delineando as pessoas com deficiência, no Brasil, na Paraíba, focalizando-se na FUNAD e no INSTITUTO DOS CEGOS, especificamente os deficientes visuais.

Iniciou-se trabalhando-se com dados do Brasil, onde se observou que a Região Nordeste é considerada a menos desenvolvida e apresentou a maior incidência de pessoas com deficiência, exceto o Estado de Sergipe. No entanto, a Região Sudeste é a mais desenvolvida, tendo São Paulo com menos incidência de pessoas com deficiência.

Constatou-se, ainda, que na maioria dos domicílios de pessoas com deficiências, não existe saneamento básico, reafirmando-se a tese de que pobreza e deficiência andam juntas e que saneamento básico é um fator de grande importância para a prevenção das deficiências.

O aspecto que mais chamou a atenção neste trabalho e que merece destaque é a grande diferença da média de renda familiar entre a população de São Paulo (Cr\$ 867,19) e a população da Paraíba (Cr\$ 354,62) mensais não existindo quase diferença entre a pessoa **com** e **sem** deficiência na população de São Paulo, cuja renda média é de Cr\$ 814,12 e Cr\$ 874,01 respectivamente.

Na Paraíba, a situação é grave. Como já vimos, o estado apresenta a taxa mais alta de pessoas com deficiência do país (18,76%); a sua renda mensal é a mais baixa, apenas R\$ 287,00; o tempo médio de estudos são 2,8 anos, o segundo mais baixo do Brasil, e a jornada de trabalho de 38,72 horas semanais, a menor do país.

Um aspecto que chama a atenção, e a grande diferença entre a percentagem de miseráveis (pessoas com renda familiar per capita abaixo de 1/2 salário mínimo) da Paraíba (52,8%) e São Paulo (14,6%). No caso da Paraíba, cabe destacar que a proporção de miseráveis entre as pessoas com deficiência (42,93%) é menor que a proporção de miseráveis entre as pessoas sem deficiência (55,13%). Isso pode ser explicado pela ação das políticas públicas para os deficientes como o Benefício de Prestação Continuada.

De modo geral, pode-se constatar que a maioria das pessoas com deficiência, na Paraíba, é parda ou negra, mulher, idosa, miserável e com menos de um ano de escolaridade, e que a causa congênita da deficiência teve maior incidência, configurando-se assim, a relação da deficiência com o quadro estrutural e discriminatório da Paraíba.

Em se tratando, especificamente, da FUNAD e do INSTITUTO DOS CEGOS, o resultado não é diferente: o número de pessoa nas residências das pessoas com deficiência está entre 4 a 5 pessoas, com 45,3% na FUNAD e no INSTITUTO, com 48,8%. Quanto à escolaridade do pai, ele é, na maioria, analfabeto ou alfabetizado, enquanto na FUNAD, obteve-se 52,2% e no INSTITUTO, 67,4%, aparecendo as mães com 53,5%, diferenciando-se das mães da FUNAD, que, na maioria, estavam no Ensino Fundamental.

Os usuários do INSTITUTO não trabalham como apontaram os resultados das tabelas e, na FUNAD, só 4% trabalham. Já em relação aos pais, nos dois órgãos aponta-se que, na maioria, só os pais trabalham e sua ocupação mais relevante foi de serviços administrativos ou comerciais. No entanto, a renda familiar fica entre um salário ou salário e meio nas duas Instituições.

Neste estudo foi possível perceber-se, com clareza, a existência da relação pobreza – deficiência. Para tanto, se faz necessário abandonar algumas propostas que venham afetar essa relação e que tornem essa caminhada a mais distante para os deficientes e para a sociedade, com a elaboração e implementação de políticas públicas de combate simultâneo de ambos os problemas. É necessário, então, criarem-se mecanismos para o fim da pobreza e elaborarem meios contra a discriminação, propiciando condições para o desenvolvimento de comunidades integradas, base da construção da sociedade inclusiva e obtenção de uma real educação para todos. A sociedade requer uma mudança profunda na forma de se encarar a questão e de se realizar políticas públicas com a finalidade de resolver o problema com medidas práticas e efetivas.

Os Governantes devem priorizar, também, a qualificação profissional do deficiente. Então, é importante que haja políticas públicas, que o governo municipal, estadual, federal e a sociedade criem mecanismos para se qualificar a pessoa com deficiência para o mercado de trabalho, para que ela tenha independência financeira, porque ela não quer ser um peso para a sociedade. Se a pessoa com deficiência não estiver profissionalmente qualificada, isso pode gerar uma importante barreira para impedi-la de obter um emprego. Há, também, outro grave problema: "a pessoa com deficiência não logra resultados exitosos por estar distanciada das necessidades do mercado de trabalho, bem como dos novos processos de transformação do sistema produtivo" (Brasil, 1996, p. 61).

No entanto, os avanços são frágeis e as conquistas difíceis em uma sociedade regida por regras sociais tão excludentes, que joga os menos favorecidos, entre eles os deficientes, em uma situação na qual não existem medidas através das quais as necessidades possam ser formuladas como direitos.

Deve-se garantir e destinar investimentos em pesquisas científicas visando à descoberta de novas tecnologias nas áreas relativas às deficiências a fim de proporcionar conhecimento de suas patologias, prevenção, tratamento e promoção de saúde, assim como ampliar-se o financiamento, nas três esferas do governo dos programas voltados para a saúde da pessoa com deficiência, garantindo-se o atendimento domiciliar, o acesso a estabelecimentos de saúde pública e privada.

Que as escolhas dos Dirigentes das Instituições que trabalham com pessoas com deficiências sejam politizadas, humanizadas e vigilantes da melhora e do bem-estar dessas pessoas, pois não visualizando o lado político da questão, preferindo a incompetência dos seus aliados, para satisfazer grupos que permanecem pouco tempo no poder, transformando o trabalho da Instituição em mero ciclo vicioso e, assim, prejudicando a vida das pessoas que já são excluídas e discriminadas, as pessoas com Deficiência.

Ao invés de se programarem políticas e ações isoladas, devem-se promover estratégias integradas que beneficiem as pessoas com deficiência e a sociedade como um todo, criando-se assim, uma ferramenta efetiva para se superar a exclusão social e combater a pobreza.

Basta de colocarem as normas e leis no papel. O mais importante é que as façam acontecerem, não só de direito, mas, também, de fato em todos os espaços da sociedade, envolvendo-se a sociedade civil e os gestores públicos, enfrentando-se uma mudança profunda na forma de se encarar a questão e de se realizar políticas públicas com a finalidade de resolver o problema com medidas práticas e efetivas. As políticas já existem, mas é necessário que sejam implementadas. Percebe-se a falta de vontade política para a transformação.

Por fim, se como objetivo máximo as pessoas com deficiência almejam igualdade de oportunidades, plena participação, vida independente e auto-suficiência econômica, objetivando romper a relação de pobreza-deficiência e deficiência-pobreza, passando a serem cidadãos produtivos e inseridos na vida social, cabe ao Estado em todos os seus níveis, como impulsionador e regulador das relações sociais, promover essa transição. Portanto, é imperativo que o Estado deixe de ter a postura ambígua que tradicionalmente o tem

caracterizado, por um lado, afirmando a vida independente como meta e, por outro lado, construindo significativos obstáculos para a sua concretização.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, L. A. *Pensar a diferença / deficiência*. Brasília. CORDE. 1994.
- AMARILIAN, M. L.T.M. *Psicologia do excepcional*. São Paulo: EPU, 1986.
- AMÉRICO, S. M. *Memória auditiva e desempenho em escrita de deficientes visuais*. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de Campinas, Campinas, 2002.
- AMORIM, E. e BLANCO, M. As pessoas portadoras de deficiência no Brasil: principais questões para uma agenda pública. In: *[X] Brasil - PROGRAMA INCLUSIVO PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS*. PORTO, M. e TAKANO CIDADANIA (Coord.) ,Belo Horizonte. 2002. Disponível em : http://www.xbrasil.net/downloads/pp_portadores.pdf. Acesso em: 22 de outubro de 2008.
- ANACHE, A.A. *Educação e deficiência: estudo sobre a educação da pessoa com “deficiência” visual*. Campo Grande: CECITEC/UFMS, 1994.
- ARANHA, M.S.F. Paradigmas de relação da sociedade com as pessoas com deficiências. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, Brasília, Ano XI, nº 21, março. 2001. p.160 -173.
- ARANHA, M.L.A. *Historia da Educação*. 2ª Edição, ver. E atual. São Paulo. Moderna, 1991.
- ARAÚJO, L. A. D. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência*. Brasília: CORDE – Coordenadoria nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. *Resolução N.º 2.878, de 26 de julho de 2001*,. Dispõe sobre procedimentos a serem observados pelas instituições financeiras e demais instituições autorizadas a funcionar pelo BCB na contratação de operações e na prestação de serviços. Mimeografado. Brasília. DF, 2001.
- BARBOSA, V.C. *Tem que ser deficiente e eficiente: A condição do trabalhador com deficiência física*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, PUC-Rio, 2004.
- BECHTOLD, Patrícia e WEISS, Silvio. A inclusão das pessoas com necessidades especiais no mercado de trabalho. *Revista Leonardo Pós*, Florianópolis, vol.01, nº 03, ago-dez. 2003. Instituto Catarinense de Pós-Graduação.
- BEHRING, Elaine e BOSCHETTI, Ivanete . *Política Social: Fundamentos e História*. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

BIANCHETTI, L. Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes. In: BIANCHETTI L. e FREIRE, I.M. (Orgs). *Um olhar sobre a diferença – interação, trabalho e cidadania*. Campinas: Papirus. 2001.

BORGES, A. J. DOSVOX: uma nova realidade educacional para os deficientes visuais. *Revista Benjamin Constant*. Rio de Janeiro, n. 3, maio. 1996.

BOURDIEU, P. *Razões práticas*. Campinas: Papirus, 1997.

_____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: DIFEL, 1989.

_____. *A miséria do mundo*. Petropolis. Vozes, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*.: Brasília, DF: Senado (1988).

_____. *Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989*. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesse coletivo ou difuso dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, DF. 1989.

_____. *Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF. 1991.

_____. *Lei n.º 10.098, de 24 de maio de 2001*. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF. 2001.

_____. *Decreto n.º 3.956, de 08 de agosto de 2001*. Promulga a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as PPD's. Brasília, DF. 2001.

_____. *Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999*. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF. 1999.

_____. *Decreto n.º 3.048, de 06 de maio de 1999*. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF. 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, 2000.

BRASIL – MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Instrução Normativa n.º 20, de 26 de janeiro de 2001*. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pela Fiscalização do Trabalho no exercício da atividade de fiscalização do trabalho das PPD's. Brasília, DF. 2001.

BRASIL. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Brasil, 2003. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo.

BRASIL. *Política nacional de educação Especial*. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

CAIADO, K. R. M. *Aluno deficiente visual na escola: lembranças e depoimentos*. Campinas: Autores Associados: PUC, 2003.

CARNEIRO, M.A. LDB fácil: *leitura crítico-compreensiva, artigo a artigo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CARVALHO, R. E. A política da educação especial no Brasil. In: MEC/SEESP. *Tendências e desafios da educação especial*. Brasília, MEC, 1994. (Série Atualidades Pedagógicas; 1). p. 125-137.

CARVALHO, A. R. de. *As condições de existência das pessoas com deficiência na história da humanidade: as bases objetivas de sua exclusão social*. Monografia (Especialização em Fundamentos da Educação). Universidade Estadual do Oeste do Paraná / UNIOESTE, Cascavel, 2003.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. *Caderno CRH: democracia, cidadania e pobreza*. Salvador, n.º 26/27, p.19-40, jan./dez. 1997.

_____. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

CARVALHO, R. E. *A Nova LDB e a Educação Especial*. Rio de Janeiro. Editora WWA, 1998.

_____. *Temas em Educação Especial*, Rio de Janeiro, Editora WWA, 1998.

CASTELLO BRANCO, F. *Cegueira no Brasil ainda é mais freqüente entre os mais pobres*. Disponível em: http://ultimosegundo.ig.com.br/ciencia_saude. Acesso em: 30.09.2008 CEPAL. *Panorama Social da América Latina 2000*. Santiago de Chile, 2000.

CEPAL – COMISSIÓN ECONÓMIC PARA AMÉRICA LATINA. *Panorama Social para América Latina*. Santiago do Chile, 2000.

CESÁRIO, H. Luta para garantir os direitos e se defender dos 'normais'. *Agenda Saúde*, 2001.

CHAGAS.A.M. *Avanços e Impedimentos para a construção de uma política social para as pessoas com deficiência*. Dissertação de Mestrado do Instituto de Ciências Humanas da UNB. Brasília, 2006.

CHAGAS, A.M. e VIOTTI, R. B. *Retrato da pessoa com deficiência no Brasil segundo o Censo de 1991*. Brasília, IPEA, 2003

CORDE - COORDENADORIA PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. *Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial. 1986. Texto mimeografado.

_____. *Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. Brasília. DF, 1994.

CUKIERMAN, S. *Visão, o espelho d' alma – A história da catarata*. Rio de Janeiro. Publit, 2007.

DE HAAN, A. Social Exclusion'. An alternative concept for the study of deprivation? In: *IDS Bulletin*, vol. 29, nº 1, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), p. 10-19. 1998. Disponível em: <http://dicc.hegoa.efaber.net/> Acesso em: 06.09.2007.

DE HAAN, A., e MAXWELL, S. Poverty and social exclusion in north and south, In: *IDS Bulletin*, vol. 29, nº 1, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), pp. 1-9. 1998. Disponível em: <http://dicc.hegoa.efaber.net/> . Acesso em: 06.09.2007.

DE PAULA, L.A. Ética, cidadania e educação especial. *Revista Brasileira de Educação Especial*. ABPEE, Marília. v.2, n. 4, 1996.

DINIZ, M, e ARRAZ. R. *Trajetória recente da desigualdade de renda nas regiões metropolitanas do Brasil*. Brasília: XV Congresso Brasileiro de economistas, 2003.

ELIAS, M. MONTEIRO, L. e CHAVES, C. Acessibilidade e benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciência e saúde Coletiva*. Junho 2008, vol. 13, nº. 3.

SCOREL, S.. Exclusão social: em busca de uma categoria. In: SCOREL, S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FASSIN, D. Marginalidad et marginados: La construction de la pauvreté urbaine em Amérique Latine. In: PAUGAM, S., *L'exclusion: l'État des savoirs*. Paris: Editions La Découverte, 1996.

FERRARO, A. R. *Exclusão, trabalho e poder em Marx*. s.l.: s.n. 1998. 24 p. [fotocopiado]

FERREIRA, J.R. *A construção escolar da deficiência mental*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

_____. Necessidades especiais e políticas educacionais. *Teoria e Prática da Educação*. Maringá, UEM. vol. 2. 1998.

FGV- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Diversidade: Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro, 2003.

FIGUEIRA, E. *Caminhando em silêncio: Uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil*. São Paulo: Giz Editora, 2008.

FIGUEIRA, E. Deficiência e terminologia. *Inclusão Social*. 3/1/2003. São Paulo. Disponível em:

<http://www.escrevendosobredeficiencia.hpgvip.com.br/Coluna17.htm>.

Acesso em 10 de novembro de 2008.

FONSECA, R. O trabalho protegido do portador de deficiência. *Revista de Direitos Difusos*. Nº 04, "Proteção Jurídica dos portadores de Deficiência". Instituto de Advogacia Pública. São Paulo. Dez. 2000.

GENTILIN, A.F.B. *Diversidade cultural: identidade X preconceito: "o preconceito nasce do desconhecimento, do medo"*. Renato Russo. Núcleo Regional de Educação. SEED-PR. Paraná, 2008. Disponível em:

www.seed.pr.gov.br/portals/folhas/anexosFase3/folhas3881_v1.doc.,

Acesso em: 28 de outubro de 2008.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1988.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. 5ª ed. Petrópolis- R.J. VOZES. 1992

GARCÍA ROCA, J. *Exclusión social y contracultura de la solidaridad: Prácticas, discursos y narraciones*, Ed. HOAC, Madrid. 1998. Disponível em:

<http://dicc.hegoa.efaber.net/> . Acesso em: 06.09.2007.

GATJENS, L. *A situação das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe*, 2009. Disponível em: <http://blig.ig.com.br>. Acesso 14 de abril de 2009

HARWIN, J. e FAITH, G. Child poverty and social exclusion in post-communist societies, In: *IDS Bulletin*, vol. 29, nº 1 (Monografia: Poverty and social exclusion in north and south), Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), 1998 Disponível em: <http://dicc.hegoa.efaber.net/>. Acesso em: 06.09.2007

HILLS, J. Does the focus on "social exclusion" change the response? In: *Social Exclusion*. Disponível: <http://dicc.hegoa.efaber.net/> . Acesso em: 05.09.2007

IBGE. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Metodologia do Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, *Série Relatórios Metodológicos*, volume 25. IBGE, 2003.

_____. Estatísticas de pobreza. *Revista Brasileira de Estatística*. Rio de Janeiro, vol. 58, n. 209, Jan/ junho de 1997.

_____. *Pesquisa nacional por amostra de domicílio 2007 – Síntese dos indicadores*. IBGE, Rio de Janeiro, 2007.

INFORME SERGIPE. *Pernambuco lançará oficialmente o projeto Cozinha Brasil – Alimentação Inteligente*. Agosto de 2004.

Disponível em: <http://www.informesergipe.com.br>. Acesso 10.05.2009.

IILS. *Social exclusion and anti-poverty strategies: Research Project on the Patterns and Causes of Social Exclusion and the Design of Policies to Promote Integration: A Synthesis of Findings*, International Institute for Labour Studies, Genebra. 1996. Disponível em: <http://dicc.hegoa.efaber.net/> . Acesso em: 05.09.2007.

INCLUSION INTERNATIONAL. *Desenvolvimento e deficiência*. Londres, 2003. Disponível em: <http://saci.org.br/index.php?modulo=akem¶metro=11303>. Acesso em :23 de abril de 2009.

JAGUARIBE, H e Outros. *Brasil: reforma ou caos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1989.

JANNUZZI, G. *A luta pela educação do deficiente mental no Brasil*. São Paulo: Cortez: Autores Associados. 1985.

KIRK, S. A. & GALLAGHER, J.J. *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LAVINAS, L. Pobreza e exclusão; traduções regionais de duas categorias práticas. *Revista Econômica*, São Paulo, v.4, n.1. p. 25 – 59, out. 2003.

LE MOS, E. R. A educação dos cegos. In: *Contato*. São Paulo: Laramara. Ano 4, nº 6, p. 719. set. 2000.

LOBO, L. F. *Os infames da história: A instituição das deficiências no Brasil*. Tese apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica. Departamento de Psicologia Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro, 1997.

LOPES, H. *Análises de Pobreza com indicadores multidimensionais: uma aplicação para o Brasil e Minas Gerais*. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2003.

LOWENFELD, B. *The visually handicapped child in school*. London: Constanble, 1974.

MACIEL, M. R. C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *Perspectiva*. São Paulo. vol. 14, nº. 2, apr / June. 2000.

MARCILIO, M. L. *Historia social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MARTINS, J. de S. *Expropriação e violência: a questão política no campo*. São Paulo: Hucitec, 1982.

MARX, K. e ENGELS, F. *A ideologia alemã: teses sobre Feuerbach*. São Paulo: Centauro, 1984.

_____. *Os camponeses e a política no Brasil: as lutas sociais no campo e seu lugar no processo político*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

MAZZOTTA, M. J. *Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas*. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

MBOGONI, M.; SYNNEBORN, M. *General disability measures in developing countries: relationship to purposes for measurement*. Trabalho apresentado no encontro do Washington Group on Disability Statistics, Ottawa, 2003.

MECLOY, E. *Psicologia de la ceguera*. Madrid: Editorial Fragua, 1974

MINISTÉRIO DA SAUDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. CIF. *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo, Universidade de S. Paulo, 2003

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Coord.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

MONTEIRO, J. V. *Fundamentos da política pública*. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1992.

NERI, M. Retrato das pessoas com deficiência ao longo do tempo. *Valor*, A13. FGV, Rio de Janeiro, 24 de junho de 2003.

_____. As cotas para deficientes e as empresas. *Valor*, A9. FGV, Rio de Janeiro, 19 de agosto de 2003.

_____. Diversidade, desigualdade e deficiência de oportunidades. *Valor*, A13. FGV, Rio de Janeiro, 16 de setembro de 2003..

NEUHOLD, R. dos S. O conceito exclusão e seus dilemas. *Revista Urutágua*. Maringá. nº 05, dez/ jan/ fev./ março. Quadrimestral, 1997.

NISS, L. T. T. e Niess, P. H. T. *Pessoas Portadoras de Deficiência no Direito Brasileiro*. São Paulo : Juarez de Oliveira, 2003.

NIPPD- NÚCLEO DE INFORMAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. *Risco Social*. Notícias 5/10/2005. Disponível em : <http://www.nppd.ms.gov.br/noticia.asp?notid=197>. Acesso:23 de março de 2009.

ODEH, M. M. O atendimento educacional para crianças com deficiências no hemisfério sul e a integração não-planejada: implicações para as propostas de integração escolar. In: *Revista Brasileira de Educação Especial*. Marília: UNESP–Marília Publicações, 2000 . Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/art_politicas_de_melhoria . Acesso em: 12.09.2007.

OIT- Dia Internacional das pessoas com deficiência. *Jornal Online “O Rebate”* São Paulo,07-dez-2007. Disponível em: <http://www.jornalorebate.com.br/site/index.php/Dia-Internacional-das-Pessoas-com-Deficiencia.html>. Acesso em: 14 de setembro 2008.

OLIVEIRA, L. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: Anpocs, Ano 12, no 33, 1997, p. 49-60.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Visión Integrada de la suplementación con vitamina A em las Américas*. 2-3 de mayo del 2001, Manágua, Niicaragua. Informe de la Reunión Regional. HPP/HPN/MN/49-17.Washington (DC): OPS: 2001.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência*. Guatemala, 1999.

PAES DE BARROS, R. HENRIQUES, R e MENDONÇA, R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, vol.15, nº42, feb, 2000.

PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF EUROPEAN UNION *Towards full social inclusion of persons with disabilities*. Geneve, 2002.

PAROQUIA SÃO LEOPOLDO. *Um pouco da história das pessoas com deficiência no Brasil*. Goiana, 2006. Disponível em: <http://www.psleo.com.br/cf>. Acesso em: 02.10.2008.

PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: EDUSP / QUEIROZ, 1984.

PLAISANCE, E. Qual Integração? *Pró-Posições*. Revista Quadrimestral da Faculdade de Educação da Universidade Estadual da UNICAMP. Campinas. v. 12, n. 2-3 (35-36), jul. - nov.2001.

PNUD - PROGRAMA NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO & UNIÃO EUROPÉIA. *Informe sobre desenvolvimento humano*. Nova York, 1999.

POCHMANN, M. *Histórico da pobreza no Brasil*. Disponível em: <http://www.informesergipe.com.br>. Acesso em: 27.05.2008.

RIBAS, J. B. C. *O que são pessoas deficientes*, Coleção Primeiros Passos, São Paulo: Nova Cultural/Brasiliense, 1985.

RIBEIRO, M. Exclusão: problematizando o conceito. *Educação e Pesquisa*. São Paulo. v.25, nº. 1, jan./ jun. 1999. Disponível em: <http://dicc.hegoa.efaber.net/>. Acesso em: 06.09.2007.

RICHLER, D. Mainstreaming disability in development programs of African countries: promoting inclusive education. *International Rehabilitation Review* vol. 55, nº 2, dec. 2005, p 36-40.

Disponível em: http://www.rehabinternational.org/publications/IRR_Dec2005%201-17-06.pdf
Acesso em: 23 de setembro de 2008

ROCHA, E.F. *Do corpo orgânico ao corpo relacional: uma proposta de deslocamento dos fundamentos e práticas de reabilitação da deficiência*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ROCHA, E.F.. Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas. Em: E. F. ROCHA (Org.) *Reabilitação de pessoas com deficiência*. (pp. 9-60). São Paulo: Editora Roca, 2006.

ROCHA, H. *Ensaio sobre a problemática da cegueira*. Belo Horizonte: Fundação Hilton Rocha, 1987.

ROCHA, S. Pobreza no Brasil. O que há de novo no limiar do século XXI? Niterói, RJ: *Revista Econômica – ANPEC*, vol.2, 2001.

ROSS, P. R. Educação e trabalho: a conquista da diversidade ante as políticas neoliberais. In: BIANCHETTI, Lucídio e FREIRE, Ida Mara. *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. Campinas, SP: Papirus, 1998. p. 53 - 110.

SAC - Sociedade de Assistência ao Cego -. *Apresentação*. Fortaleza. Disponível em: <http://www.sac.org.br/APRESENT.HTM>. Acesso: 14.09.2008.

SANTIAGO, S. A. da S. *Educação para todos: Um Estudo sobre a política de inclusão dos portadores de necessidades educacionais especiais no Brasil*. (Dissertação). Recife. UFPE. 2003.

SANTOS FILHO, L. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo; DESA, 1966

SANTOS, M. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel. 1995.

_____. *Quem está na frente do povo*. Entrevista concedida aos Cadernos Lê Monde Diplomatique. jan, 2001 b.

_____. *O Brasil: Território e Sociedade no início do Séc. XXI*. Rio de Janeiro: Recorde, 2001.

SANTOS, T. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. *Sociologias*, Porto Alegre, n.6, jun. - dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10.10.2007

SANTOS, M. P. Educação Inclusiva e a Declaração de Salamanca: consequências ao sistema educacional brasileiro. *Revista Integração*, (22), p. 34-40. Brasília: SEESP/MEC. 2000

SASSAKI, R. K. *Inclusão, construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

_____. *Vida independente*. São Paulo: CVI-Araci Nallin, 2003.

_____. Entrevista. *Revista Integração*. (20), p. 08-10. Brasília SEESP/MEC, 1998.

SCHWARTZMAN, S.. Estatísticas da pobreza. *Revista Brasileira de Estatística*, vol. 58, n. 209, jan./ junho de 1997, p. 7-18. São Paulo-SP.

SECAD – SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE ADULTOS. Conselho Nacional da juventude aprova por aclamação carta sobre acessibilidade. *Cadernos EJA*: Brasília, Texto 24, 2006.

SEN, A. *Inequality reexamined*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (1995). Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/clacso/paper>. Acesso em: 09.09.2007.

_____. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, L.A. *Aprendizagem e desenvolvimento da pessoa cega na perspectiva sócio-histórica*. Monografia de Curso de Especialização em Fundamentos de Educação. Centro de Educação –UNIOESTE – PR, Campus de Cascavel. 2005.

SILVA, L. D. *Deficiência física e mercado de trabalho: inserção e aceitação social na Grande João Pessoa*. Mestrado pelo PPGS – UFPb. João Pessoa-Pb, 2000. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/paraiwa/00-dantasdasilva.html>. Acesso: 15.10.2007.

SILVA, O. M. *A Epopéia ignorada: A pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje*. São Paulo: CEDAS, 1986.

SILVEIRA BUENO, J. G. *Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente*. São Paulo: EDUC, 1993

SIMIONATTO, I. *Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países*. Mercosul. Florianópolis, 2002. (Mimeo).

SOUSA, S. e PRIETO, R. Educação Especial. In: OLIVEIRA, R. & ADRIÃO, T.. *Organização do ensino no Brasil – níveis e modalidades na Constituição Federal e na LDB*. São Paulo: Xamã, 2002. Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/art_politicas_de_melhoria . Acesso em 06.09.2007

SPOSATTI, A. - *Mapa da exclusão /inclusão na cidade de São Paulo*, EDUC, São Paulo, 1996.

_____ *Cidade em pedaço*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2001.

SUBIRATS, J. Las políticas contra la exclusión como palanca de transformación del Estado: In: *Anais* : Congresso Internacional del CLAD Sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 7- 2002.Lisboa. (CLAD,2002).

TAKAHASHI, T. (Coord.). *Sociedade da informação no Brasil*: livro verde. Brasil: Ministério da Ciência e Tecnologia, Brasília, 2000.

TEAGUE, P. e WILSON, R. Towards an inclusive society. In: DEMOCRATIC DIALOGUE: *Social Exclusion, Social Inclusion*, CAIN, Belfast, Ireland. Report n° 2. nov. 1995.

THOMAS, H. *La production des exclus*. PUF, 1997.

UNICEF. *Situação Mundial da Infância Brasileira* 2003. Brasília: UNICEF, 2003

VASH, C. *Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Pioneira/EDUSP, 1988.

VEZ DA VOZ. Telelibras, 2007. Disponível em: <http://www.vezdavoiz.com.br/projetos/telelibras> 2007.html.

WERNECK, C. *Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva*. Rio de Janeiro: WVA Editora, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes*. Genebra, 1996.

WHO. *International classification of functioning, disability and health –IFC*. Geneva: World Health Organization, 2001.

XIBERRAS, M. *As teorias da Exclusão*: para uma construção do imaginário do desvio. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.